



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



PREVENÇÃO PRIMÁRIA DA TOXICODEPENDÊNCIA «DO MINISTÉRIO À ESCOLA»

Dissertação elaborada à obtenção do Grau de Mestre em Ensino da
Educação Física nos Ensinos Básico e Secundário

Orientador: Professor Doutor Marcos Onofre

Júri:

Presidente

Professor Doutor Marcos Onofre

Vogais

Professor Doutor António Rodrigues

Professor(a) Doutor(a) Maria Martins

Filipa Lopes Celestino Soares Cavalleri Serpa

2016

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível de realizar com o apoio e colaboração de um conjunto de pessoas, das quais gostaria de destacar e agradecer:

Ao Professor Doutor Marcos Onofre pela disponibilidade, dedicação, competência, rigor e amizade que sempre nos manifestou em todos os momentos deste trabalho bem como no ano de estágio em 2001/2002.

Ao José Tomaz pela competência, disponibilidade e orientação de todos os trabalhos desenvolvidos no âmbito do estágio pedagógico, sem dúvida um dos momentos mais importantes da nossa formação.

Às colegas Daniela e Carla, com quem desenvolvi o trabalho de investigação-ação, no ano letivo 2001/2002, que serve agora como ponto de partida à presente investigação.

Ao gabinete de Aventura social, à Professora Doutora Inês Camacho e Professora Doutora Margarida Matos por toda a sua disponibilidade e colaboração, bem como a sua amizade.

Aos Professores do Departamento de Educação Física da Escola Secundária D. Dinis pela colaboração demonstrada ao participarem neste trabalho, manifestando um elevado sentido de responsabilidade profissional.

Aos alunos, pela prontidão e simpatia com que aceitaram participar nesta investigação.

Aos Professores, colegas e amigos por todo o seu interesse e apoio manifestado durante o desenvolvimento desta investigação, assim como de muitos outros trabalhos e momentos que temos vindo a partilhar, nomeadamente, Professor António Rodrigues, Professor Nuno Januário, Dr. Ângelo Sousa, Dr^a Graça Santos, Dr^a Maria das Neves, Dr^a Aurora e Professor Doutor Sidónio Serpa.

Aos meus Pais, filhos e irmãos, a quem dedico este trabalho. Sem o seu apoio e incentivo, este trabalho não teria sido possível.

RESUMO

Neste estudo realiza-se uma reflexão crítica em torno da investigação-ação desenvolvida na Escola Secundária D. Dinis, por ocasião do Estágio.

A investigação-ação pretendeu contribuir para a resposta à questão: «Em que medida é que as atividades de complemento curricular podem apoiar a alteração de comportamentos dos alunos face à Toxicodependência?»

A amostra do estudo foi constituída por quarenta e um alunos, com idades compreendidas entre os quinze e os vinte e um anos, tendo a maioria dezasseis ou dezassete anos de idade. Os métodos e os instrumentos utilizados caracterizaram-se pela realização da atividade em cabanas de Tavira, a aplicação dos questionários antes e depois da atividade em Tavira e por último, a realização de uma conversa com os alunos envolvidos após a atividade acerca da prevenção primária da toxicodependência.

Foram implementadas ações, no seio escolar, que permitiram envolver alunos, professores e funcionários, no sentido de realizar uma Prevenção Primária da Toxicodependência, em Tavira, com um conjunto de alunos da Escola Secundária D. Diniz. O impacto das atividades foram estimadas a partir das diferenças das perceções dos alunos à entrada e saída das ações, face à temática em questão. Foi ainda analisada a formação desenvolvida e ainda uma “conversa” após a atividade, em jeito de balanço.

A reflexão crítica foca-se no impacto que a investigação-ação teve nos alunos, na comunidade escolar e no nosso desenvolvimento profissional, recorrendo-se à experiência vivida e à teoria para a sua fundamentação.

Palavras-chave: *Educação para a Saúde, Prevenção Primária; Adolescentes,*

ABSTRACT

II

In this study we carried out a critical reflection on the research-action developed at the D. Dinis secondary school, during the stage.

Said initiative aimed at answering to the following basic question: "To what extent is that the extra-curricular activities can support a change of behaviour among the students regarding drug addiction?"

The study sample consisted of forty-one pupils, aged between fifteen and twenty-one years, and the most sixteen or seventeen years old. The methods and instruments used to featured-for conducting the activity in huts of Tavira, the questionnaires before and after the activity in Tavira and finally, conducting a conversation with the students involved after activity on the primary prevention of drug addiction.

Actions have been implemented within the school, which allowed to involve students, faculty and staff, to hold a Drug Addiction Primary Prevention in Tavira, with a group of students from D. Dinis secondary school. The impact of activities was estimated from the differences of perceptions of students into and out of the activities, given the subject in question. It was also analysed the developed training and even a "conversation" after the activity in balance at all.

This critical reflection focuses on the impact that the research-action initiative had on the students, on the school community and on our own professional development, on the basis of the experience gained from the research initiative and its theoretical grounds.

Keywords: *Addiction; Prevention; Health Promotion; Physical Activity; Adolescents.*

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	2
2.1 A ESCOLA, COMO CONTEXTO INTEGRADOR E PROTETOR	2
2.2 PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	4
2.3 ADOLESCÊNCIA E O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS	6
2.4 FATORES DE RISCO	7
2.4.1 PERSONALIDADE	8
2.4.2 RELAÇÕES INTERPESSOAIS	8
2.4.3 CONTEXTOS DE VIDA	9
2.5 FATORES DE PROTEÇÃO	10
2.5.1 CONTEXTOS SOCIAIS: A FAMÍLIA	10
2.5.2 CONTEXTOS SOCIAIS: OS PARES	11
2.5.3 CONTEXTOS SOCIAIS: A ESCOLA	12
2.6 AS DROGAS MAIS CONSUMIDAS	13
2.7 Caracterização de Estudos na Área da Saúde e Educação	13
2.7.1 A Saúde e o Consumo de substâncias Educação para a Saúde, PES e subsequentes (RNEPS)	13
2.7.2 Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES) 1993/1994	15
2.7.3 Organização e Funcionamento do Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES)	17
2.7.4 Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde	18
2.7.5 Promoção de Saúde e as Escolas	22
2.7.6 Consumo de Drogas em Meio Escolar	23
2.7.7 O HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)	26
4. Caracterização da Escola do Estudo	28
4.1 Breve Resumo Histórico do PES (programa de educação para a saúde) na ESDD	28
5. PROBLEMA E OBJETIVOS DO ESTUDO	32
5.1 ENUNCIADO DO PROBLEMA	32
5.2 OBJETIVOS DO ESTUDO	32
6. METODOLOGIA	33
6.1 INVESTIGAÇÃO-AÇÃO	33
6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES NO ESTUDO	34
6.2.1. A Formação de Professores	34
6.2.2. Aplicação dos Questionários aos Alunos	35
6.2.3. Métodos E Instrumentos de Recolha de Informação	36
7. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
7.1. A conversa com os alunos posteriormente à atividade	56
8. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	61

9. REFLEXÃO CRÍTICA.....	64
10.CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
12.ANEXOS.....	77

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de inquiridos por idade	35
Tabela 2 – Quantidade de inquiridos por género	35
Tabela 3 – Ocupação dos tempos livres dos inquiridos	39
Tabela 4 – Tipo de conselhos que os inquiridos dariam	42
Tabela 5 – Tipo de incentivo invocado pelos inquiridos para o abandono de droga	42
Tabela 6 – Razões invocadas pelos inquiridos como causadoras de início de consumo de droga	43
Tabela 7 – Fatores desencadeadores do consumo de droga	44
Tabela 8 – Fatores desencadeadores do consumo de droga	45
Tabela 9 – Fatores desencadeadores do consumo de droga	46
Tabela 10 – Fatores desencadeadores do consumo de droga	47
Tabela 11 – Fatores dissuasores do consumo de droga	48
Tabela 12 – Fatores dissuasores do consumo de droga	49
Tabela 13 – Fatores dissuasores do consumo de droga	50
Tabela 14 – Fatores dissuasores do consumo de droga	51
Tabela 15 – Fatores dissuasores do consumo de droga	52
Tabela 16 – Fatores desencadeadores do consumo de droga	53
Tabela 17 – Fatores desencadeadores do consumo de droga	53
Tabela 18 – Fatores desencadeadores do consumo de droga	54
Tabela 19 – Fatores desencadeadores do consumo de droga	54
Tabela 20 – Fatores desencadeadores do consumo de droga	54
Tabela 21 – Fatores dissuasores do consumo de droga	55
Tabela 22 – Fatores dissuasores do consumo de droga	55
Tabela 23 – Fatores dissuasores do consumo de droga	55
Tabela 24 – Fatores dissuasores do consumo de droga	56
Tabela 25 – Fatores dissuasores do consumo de droga	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Quantidade de inquiridos por idade	35
Figura 2 – Percentagem de inquiridos por género	36
Figura 3 – Ocupação dos tempos livres dos inquiridos	39
Figura 4 – Distribuição percentual de fumadores e não fumadores	40
Figura 5 – Distribuição de inquiridos que experimentaram e não experimentaram droga	40
Figura 6 – Quantidade de inquiridos que gostaram da experiência	41
Figura 7 – Quantidade de inquiridos que consome droga com regularidade	41
Figura 8 – Tipo de conselhos que os inquiridos dariam	42
Figura 9 – Tipo de incentivo invocado pelos inquiridos para o abandono de droga	43
Figura 10 – Razões invocadas pelos inquiridos como causadoras de início de consumo de droga	44
Figura 11 – Fatores desencadeadores do consumo de droga	45
Figura 12 – Fatores desencadeadores do consumo de droga	46
Figura 13 – Fatores desencadeadores do consumo de droga	47
Figura 14 – Fatores desencadeadores do consumo de droga	48
Figura 15 – Fatores dissuasores do consumo de droga	49
Figura 16 – Fatores dissuasores do consumo de droga	50
Figura 17 – Fatores dissuasores do consumo de droga	51
Figura 18 – Fatores dissuasores do consumo de droga	52
Figura 19 – Fatores dissuasores do consumo de droga	53
Figura 20 – Variáveis externas com influência no consumo de droga	58

1. INTRODUÇÃO

Este relatório de investigação-ação reporta à conceção e implementação do estudo realizado no âmbito da área de formação em investigação e inovação, organizada pelo Núcleo de Estágio da Faculdade de Motricidade Humana, na Escola Secundária Dom Dinis, no ano letivo 2002.

No âmbito da procura de medidas concorrentes para o programa de prevenção primária da toxicodependência – do Ministério à Escola, esta investigação-ação procurou, dar resposta, através de fundamentos teóricos e da experiência da investigação ação feita neste campo, à pergunta: «Em que medida é que as atividades de complemento curricular podem apoiar a alteração de comportamentos dos alunos face à toxicodependência?»

De uma forma geral, através da referida investigação pretendíamos investigar e fundamentar teoricamente a toxicodependência, dando a conhecer metodologias e estratégias de intervenção para a sua prevenção, bem como, sensibilizar e dar a conhecer a toda a comunidade educativa, em particular à nossa escola, o tema da prevenção primária da toxicodependência. Assim, é da apresentação do estudo de investigação-ação que nos iremos ocupar numa primeira parte deste trabalho. É de referir que embora os dados tenham sido recolhidos no ano letivo de 2001/2002, temos a intenção de, ao longo do presente trabalho, fundamentar esses dados com referências teóricas mais recentes.

Numa segunda parte do trabalho, será apresentada uma reflexão crítica sobre o impacto que este estudo teve nos principais intervenientes: os alunos, a escola e em nós próprios. Importa referir que a presente reflexão foi elaborada passados treze anos após a realização do estudo de investigação-ação. A reflexão crítica fornece assim uma oportunidade para voltar atrás e rever acontecimentos e práticas. Ao longo da mesma, procuraremos encontrar um equilíbrio entre aquilo que é a descrição fatural e a explicação causal de cariz mais subjetivo e, integrar o conhecimento pessoal e empírico, decorrente das experiências vividas, com o conhecimento teórico. Este momento servirá, na nossa perspetiva, como forma de melhor conhecer o passado, entender o presente e de construir o futuro.

Por fim, serão apresentadas as considerações finais do trabalho, as referências bibliográficas e os anexos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Como se disse na introdução, o percurso profissional e a (re)apropriação e reflexão “laborada” foi e é muito importante para o avanço dos trabalhos.

É o nosso percurso trabalhado e refletido, que nos leva a encarar a ESCOLA, enquanto entidade institucionalizada do saber, como um instrumento muito importante ao serviço de uma sociedade.

Recuperemos um pouco da sua história para a (re)posicionar na atualidade.

2.1 A ESCOLA, COMO CONTEXTO INTEGRADOR E PROTETOR

Em tempos antigos, nomeadamente no tempo da Grécia Antiga (Furter, 1983), a escola era um local de reunião das classes mais favorecidas; notáveis, dotados de recursos e de tempo livre, deslocavam-se para refletir pensar e discutir. Isto explica um pouco a etimologia da palavra: “escola” que vem do grego scholé, cujo significado se prende com ócio, tempo de lazer.

Os primórdios da escola estão pois, associados a competências do foro cognitivo – pensamento/reflexão – mas também ao tempo: tempo para interiorizar informação, tempo para processar informação, tempo para (re) inventar informação; estas características manter-se-ão até ao presente, ainda que com outra configuração. No entanto, a escola, enquanto instituição social, não foi isenta de transformações sucessivas ao longo dos tempos. Inicialmente (até ao século XIX), a transmissão de conhecimentos/transmissão cultural fazia-se através de formas de organização social e estava associada a uma certa ruralidade; as instituições do serviço educativo situavam-se fora dos locais de produção rural, estavam localizadas em aglomerados onde se concentravam funcionários, comerciantes e, todos aqueles para quem a escolarização já era indispensável, a fim de “dialogar” com o poder central e mesmo com o estrangeiro.

Posteriormente, com o advento da industrialização, as escolas integraram-se no mundo rural, onde a sua população, ou seja, os vários atores, a reinterpretaram de maneira diversa, mas tendo sempre por base a ideia de uma aprendizagem no sentido de uma melhor adaptação aos tempos: os homens da lavoura aproveitaram para modernizar as suas explorações; os pobres aspiraram à emigração e os mais favorecidos fortaleceram os seus poderes. A ideia de “mobilidade social” em sentido ascendente, estava e é subjacente ao percurso escolar.

O “pós industrial”, marcado por um ritmo brusco e acelerado, veio alterar a vida da pequena “comunidade”, onde a transmissão cultural se fazia através de formas de organização social.

A escola perde o seu poder exclusivo assim como o seu monopólio sobre a transmissão de conhecimentos.

Atualidade

Vive-se um período em que temos ao nosso redor uma série de fontes de informação, através dos média, das novas tecnologias de informação e de comunicação, os “pares”, etc. As instituições educativas tradicionais – escola/família – estão a perder capacidade de transmitir eficazmente valores e modelos culturais de coesão social. Há como que um déficit de socialização, na medida em que a família, muitas das vezes, já não dispõe de tempo para transmitir com a mesma carga emocional de tempos antigos, os conteúdos/as percepções do mundo e sabe-se que as crianças necessitam desta forte componente afetiva para a absorção de modelos e do conhecimento.

A escola, por seu lado, passou a ser um recetáculo e simultaneamente um espelho deste déficit de socialização com o qual tem de lidar no seu quotidiano, contudo, não sem grandes dificuldades, tanto mais que também ela, como instituição, sofre do processo mais global de crise de autoridade na sociedade contemporânea (Tedesco, 2000).

Já Hannah Arendt (1997) dizia que a crise de autoridade na sociedade moderna adquire a sua máxima expressão, quando atinge precisamente as áreas pré-políticas do exercício de autoridade, como sejam, as relações entre pais e filhos e entre professores e alunos. Ou seja, temos hoje uma escola em constante mudança e reflexão, que acompanha uma sociedade democrática com movimentos de estagnação e regressão demográfica; crescimento desigual, obrigando ao fecho de escolas e/ou agrupamento das mesmas, ou seja, a uma reorganização da rede educativa.

Face a uma escola com estas características, os jovens devem ser preparados para a incerteza, o que pressupõe a aprendizagem de novas cidadanias (ambiental, cultural, universalista) e, para a qual, a solidez de conhecimentos e a capacidade para os mobilizar é imprescindível. Conhecimentos sólidos e capacidades remetem-nos para o formato do desenho curricular, que consiste numa vertente cultural (línguas, literaturas, artes, etc.) e numa vertente científica (matemática e ciências).

Estes conjuntos de saberes são axiais e estruturantes do conhecimento, sendo que encontram eco nos diferentes países. A diferença entre os vários países, pode residir no que as políticas públicas entendem como prioritário, tendo em conta as necessidades da sociedade. Assim sendo, as necessidades de um país/sociedade não se prendem exclusivamente com questões económicas; fenómenos como o aumento da literacia em saúde e/ou a erradicação de franjas populacionais menos favorecidas, também podem constituir-se como necessidades prementes, sem esquecer também a “alavancagem” da economia.

A este propósito, é de evocar o Relatório do “Scottish Consultative Council on the curriculum” (1999), que salientou a perspetiva holística do currículo, definindo-o como a totalidade das experiências de aprendizagem que a escola oferece aos estudantes. A escola é assim perspetivada como uma comunidade aprendente, onde as aprendizagens circulam e são partilhadas.

Este mesmo relatório refere que os jovens devem aplicar conhecimentos, capacidades e competências na forma como trabalham com as emoções e com a própria vida, nomeadamente, em questões de saúde, segurança e solidariedade para com os outros.

2.2 PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

E porquê a “Promoção e Educação para a Saúde” associada a este olhar global e diferenciado, como referido?

Entende-se que, apesar das grandes transformações sociais, a escola não pode deixar de cumprir a sua missão primeira que é a transmissão de saberes, orientados por uma perspetiva democrática e pluralista (cf. Lei de Bases do Sistema Educativo¹) o que implica um grande investimento na inclusão e na coesão de todos os alunos. Para que este sentido de inclusão e coesão ganhe consistência, é muito importante que a mesma, no âmbito da sua autonomia e de acordo com documentos macro de referência, promova a saúde dos seus jovens, não só através da preservação da mesma, como da prevenção.

A evidência científica de Margarida Matos (2000), mostra que quando se promove ativamente a saúde das crianças e jovens, esta ação proporciona uma melhoria dos

¹ Lei Nº 46/1986, de 14 de outubro.

seus resultados acadêmicos e a sua qualidade de vida em geral; sendo que, também se sabe que, quanto melhor forem os resultados acadêmicos, maior o sucesso e consequente “mobilidade social” no mercado de trabalho.

Abordar a “Promoção da Saúde em meio escolar” não é o mesmo que abordar a “Educação para a Saúde em meio escolar”.

Por “Promoção da Saúde em meio escolar”, entende-se qualquer atividade e/ou política que se implemente no sentido de proteger e/ou melhorar a saúde de todos os utentes da escola, sendo esta a definição constante da Carta de Ottawa (1986).

Por “Educação para a Saúde em meio escolar”, entende-se o conjunto de atividades desenvolvidas no sentido da prevenção da doença e/ou dos comportamentos de risco, tendo em vista a concretização das condições de bem-estar físico e psicológico, indispensáveis à realização plena do indivíduo, condição *sine qua non*, é a própria vida da comunidade, que fica comprometida.

Em meio escolar, a “Educação para a saúde” passa muito pela disponibilização de informação sobre saúde. A Educação para a Saúde é um assunto complexo que vários autores já descreveram como um conjunto de elementos que reúne, tanto as ciências d âmbito biológico como comportamental (Glanz *et al.*, s/d cit. in Russel, 1995). Não sem razão, pois quando são disponibilizados conteúdos da área da saúde, é também, para apetrechar as crianças e jovens de “saberes” que lhes permitam fazer opções de vida conscientes, adequando assim os seus comportamentos às diferentes situações em que se movimentam.

No entanto, a Educação para a saúde é uma missão de longo prazo, pois a alteração de comportamentos do indivíduo pode ser tida como uma invasão na sua esfera mais íntima, que implica diretamente com a sua mentalidade e a sua personalidade.

Salientar estes aspetos permite alertar os profissionais das áreas da educação e da saúde para a complexidade da tarefa: contudo, é precisamente esta complexidade que os pode levar a (re)criar estratégias, (re)equacionar formas de envolvimento das crianças e jovens, pois a “saúde” preserva-se e constrói-se com todos.

As diferentes “Cartas 6” no âmbito da Promoção da saúde” foram a principal base de apoio para a definição do quadro concetual relativo a “Promoção e educação para a saúde”, os seus pressupostos e sua importância.

A Declaração de Alma-Ata (1978), define o conceito de saúde num sentido positivo (estado de completo bem estar físico, mental e social...); a Carta de Ottawa (1986), define a saúde como um processo, ou seja, algo de âmbito dinâmico e evolutivo e que pressupõe a colaboração do próprio cidadão. Por sua vez, a Carta de Banguecoque (2005), define a promoção da saúde como um processo de capacitação de pessoas para controlar os determinantes de saúde e assim melhorarem a sua saúde.

Contudo, recentrando o foco na escola, o tal contexto protetor abordado no início deste trabalho, questiona-se: como se desenvolvem as ações na área da Promoção e educação para a saúde em meio escolar?

A Escola Promotora de Saúde

Desenvolver a “Promoção e educação para a Saúde” refere-se a um vasto número de ações dirigidas à população no seio escolar, com o objetivo de promover o desenvolvimento saudável de todos os indivíduos.

Um programa de promoção para a saúde também pode destinar-se a grupos específicos, nomeadamente grupos em risco de desenvolver determinado problema (prevenção tipo seletiva) ou indivíduos em que foram detetadas precocemente determinadas alterações (prevenção tipo precoce/indicada) (Gordon, 1987).

Contudo, esta temática irá ser exposta um pouco mais à frente.

2.3 ADOLESCÊNCIA E O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

A fase da adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, que se caracteriza por rápidas mudanças físicas, psicológicas, emocionais, sexuais, cognitivas, comportamentais e sociais (Prochaska & DiClemente, 2001; Assis, 2003; Michael&Ben-Zur; 2007). A adolescência é também uma fase em que os jovens têm de enfrentar várias escolhas relacionadas com a família, os seus pares, saúde e autonomia. Por ser um período de grandes mudanças, ocorrem uma série de comportamentos que muitas vezes expõem o jovem a uma série de riscos, nomeadamente, ao consumo de substâncias psicoativas.

Investir na saúde do jovem é investir no futuro, o que garante às populações benefícios relacionados para a saúde, mas também benefícios relacionados ao nível financeiro e social. A promoção da saúde do jovem tem implicações positivas para o

resto da população, uma vez que a doença no jovem tem repercussões nos seus pais e na sua família direta.

Assim, a intervenção tem as suas especificidades e constitui um enorme desafio, pois cada período do desenvolvimento tem maneiras distintas de abordagens e de intervenção (WHO, 2005).

Nesta lógica, estudar os comportamentos de saúde dos adolescentes e os factores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde, bem como programas de promoção da saúde incidindo numa intervenção dirigida a esta faixa etária, pois é sabido que muitos comportamentos podem influenciar a saúde, de forma directa ou indirecta, a curto e a longo prazo (Matos, 2006).

Os hábitos adquiridos na infância consolidam-se na adolescência e incorporam-se novos hábitos influenciados pelo ambiente em que se está envolvido. O estilo de vida pode ser materializado por inúmeras variáveis, tais como: os hábitos alimentares, exercício físico, consumo de medicamentos, álcool, tabaco e drogas, idade de início das relações sexuais, gravidez indesejada, infeções sexualmente transmissíveis e ocupação de tempos livres.

Atualmente, outros aspetos começam a ganhar importância, tais como, a percepção de saúde, bem-estar psíquico, imagem corporal, relação com o meio familiar, a escola e o grupo de pares. Um estilo de vida saudável é o resultado de um conjunto de padrões comportamentos ou hábitos que mantêm uma estreita relação com a saúde.

O estilo de vida de risco pode ser definido como resultado de um conjunto de padrões comportamentais que põem em risco o bem-estar físico e psíquico e, que daí advêm consequências negativas para a saúde e o desenvolvimento do indivíduo (Rodrigo *et al.*, 2004).

Os estudos que têm vindo a ser desenvolvidos especificamente acerca da adolescência e dos seus comportamentos, (no consumo de substâncias) realçam dois conceitos fundamentais: São eles os fatores de risco e os fatores de proteção.

2.4 FATORES DE RISCO

Os fatores de risco podem ser qualquer influência que aumenta a probabilidade de determinado comportamento (Kim, Zane & Hong, 2002). De acordo com estes

autores, os fatores de risco mais comuns podem ser de três dimensões: da personalidade, interpessoais e contextuais.

2.4.1 PERSONALIDADE

No que diz respeito à dimensão da personalidade, são incluídas as diferenças genéticas e bioquímica, relacionadas com o alcoolismo, procura de novas sensações, baixa autoestima, alienação, impulsividade, agressividade, a existência de comportamentos antissociais e problemas emocionais, que se traduz em problemas de comportamento.

Ao nível das características pessoais, os autores realçam a atenção para «a procura de sensações».

Esta é definida por uma necessidade de ter um conjunto de experiências novas e variadas e de grande intensidade que levam os adolescentes a terem comportamentos de risco, pois o seu objetivo é buscarem novas sensações. Este aspeto das características pessoais é referido como um forte e positivo preditor do desenvolvimento e do envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco, particularmente no consumo de álcool e drogas, entre outros (Yamovitzky, 2006).

A relação entre a busca de novas sensações e o consumo de substâncias é explicada de diferentes formas. A primeira, pode advir pelo facto do consumo de substâncias ser ilegal podendo ser estimulante. A segunda, pelo facto das substâncias eventualmente serem consideradas como um estímulo adicional. Desta forma, a procura de novas sensações interage com fatores sociais e contextuais, influenciando o consumo de substâncias. Segundo Yamovitzky (2006), as características individuais e de personalidade (incluindo a procura de novas sensações) afetam indiretamente o consumo de substâncias na adolescência, através de agentes de socialização primária, tais como os pares consumidores. De forma diferente, os fatores psicossociais influenciam a escolha de amigos/pares, sendo que estes podem influenciar diretamente o consumo de substâncias.

2.4.2 RELAÇÕES INTERPESSOAIS

No que se refere à dimensão interpessoal, podemos incluir os fatores associados à família, aos pares e à escola. Neste sentido, realçam-se as atitudes parentais favoráveis ao consumo, fracas ligações familiares, a presença de conflitos familiares, associação com pares consumidores, rejeição dos pares, insucesso escolar, baixo ajustamento e ainda, baixas aspirações académicas.

2.4.3 CONTEXTOS DE VIDA

Ao nível da dimensão contextual, são fatores de risco a não conformidade, a existência de normas e regras que refletem atitudes propícias ao consumo, e a facilidade de acesso a substâncias.

É importante realçar que a pesquisa efetuada por Kim, Zane e Hong, (2002), apoia um modelo de fatores de risco múltiplos para o consumo de substâncias na adolescência, sendo que, o comportamento de consumo só pode ser explicado por uma conjugação de fatores, exercendo alguns deles maior importância no período da adolescência, como é o caso da influência dos pares.

Em suma, vários fatores considerados de risco, contribuem para o início e continuação/aumento do consumo de substâncias durante esta fase de desenvolvimento, importando realçar que o aumento da independência, o consumo por parte dos pares ou familiares, a disponibilidade percebida da substância e a influência dos pares (D'Amico & McCarthy, 2006; Kuntsche & Jordan, 2006).

Assim, muitos dos adolescentes adotam comportamentos de risco, nomeadamente a condução pouco segura, abuso de substâncias, comportamento sexual não protegido, perturbações alimentares, delinquência, suicídio e a prática de desportos perigosos (Michel & Ben-Zur, 2007), que podem constituir uma ameaça à vida, tendo em comum a existência de consequências incertas e potencialmente negativas.

O impacto negativo que estes riscos podem acarretar para a saúde do adolescente, justificou a criação de variadas estratégias de promoção da saúde nesta faixa etária (Malik, Oandasan & Yang, 2002).

Neste sentido, as informações relativas à forma como os adolescentes vivem esta fase do seu desenvolvimento e os fatores que afetam o sucesso ou a dificuldade desta transição para a vida adulta são indicadores importantes para a promoção da saúde (WHO, 2000).

Sabe-se que a adolescência é por norma um período da vida onde a taxa de morbilidade e mortalidade dos adolescentes está muito ligada aos estilos de vida (Sells & Blum, 1996; Matos *et al.*, 2006), justificando, só por isto, programas de prevenção e promoção da saúde (Klein & Auerbach, 2002).

2.5 FATORES DE PROTEÇÃO

Os fatores protetores são vistos como uma influência que previne, limita e até mesmo reduz o consumo de substâncias e, que podem proteger, opor-se neutralizar e interagir com os fatores de risco ao longo do tempo (Kim, Zane & Hong, 2002). Também aqui podem ser agrupados em três dimensões: da personalidade, interpessoais e contextuais (escola, família e espaços envolventes com a comunidade).

Na dimensão da personalidade, a baixa pressão, a elevada autoestima, a percepção de sanções, estão incluídas como resultado do consumo, a aceitação, crença e normas sociais (Kim, Zane & Hong, 2000).

Na dimensão interpessoal, são vários os estudos que realçam que o envolvimento familiar parece poder atrasar ou mesmo prevenir o início do consumo de substâncias. Verifica-se então, um menor consumo de substâncias em relacionamentos parentais não conflituosa e afetivos (Nation & Helfinger, 2006).

Assim, os fatores protetores relacionados com os pares incluem o tempo gasto com os amigos depois da escola e a baixa pressão dos pares para o consumo de substâncias (Kim, Zane & Hong, 2002).

As variáveis relacionadas com o meio escolar e as expectativas de performance escolar elevadas, também foram considerados como fatores protetores. Para Book *et al.*, (1998), citado por Kim, Zane e Hong (2002), referem que os baixos níveis de conflitos escolares e um ambiente de aprendizagem positivo, diminuem os fatores de risco relacionados com o consumo de substâncias e com os pares.

Neste sentido, é pertinente um aprofundamento mais pormenorizado com a família, os pares e a escola, na medida em que estes podem influenciar positiva ou negativamente o comportamento de consumo de substâncias nos adolescentes.

2.5.1 CONTEXTOS SOCIAIS: A FAMÍLIA

Os comportamentos relacionados com a promoção da saúde são por norma, aprendidos no contexto familiar durante os primeiros anos de vida. O estilo de vida, os hábitos, a higiene, a nutrição, a atividade física, as competências sociais e estratégias de comunicação, são aspetos fundamentais na educação da criança e do adolescente. Sendo que, quando existem falhas em alguns dos aspetos referidos anteriormente,

existem forte indícios para o surgimento de perturbações ao nível da saúde (WHO, 2000).

Vários estudos referem que o ambiente familiar que se vive através da sua estrutura e os padrões de comunicação, estão relacionados com o consumo de substâncias. Os adolescentes que referem consumir substâncias, afirmam que os seus pais estão menos envolvidos no relacionamento com o adolescente, referindo também existirem maiores problemas de comunicação (Naion & Helhlinger, 2006).

Por outro lado, a existência de um ambiente familiar privilegiado tem um papel preponderante nas decisões do adolescente.

A família influencia o adolescente de várias maneiras, quer seja como modelo, comunicando com o adolescente ou revelando informações.

Os fatores sociais e afetivos relacionados com a família são considerados fatores protetores. São vários os estudos, que apontam que a influência parental é um fator preditor de um menor envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco.

A existência de um ambiente relacional estável com os pais, está correlacionada com a diminuição dos comportamentos de risco entre os adolescentes (Devore & Ginburg, 2005; Michael & Ben-Zur, 2007).

2.5.2 CONTEXTOS SOCIAIS: OS PARES

A adolescência de uma maneira geral está associada a um certo afastamento da segurança do meio familiar e, a uma progressiva aproximação do grupo de pares.

Neste sentido, a influência dos pares é frequentemente referida como uma das principais causas do consumo de substâncias na adolescência (Palmqvist & Santavirta, 2006). Este fato vai ao encontro da ideia de que os consumidores tendem a conhecer alguém que também consuma (Palmqvist & Santavirta, 2006), sendo assim possível pensar que os adolescentes escolhem os seus pares com os seus hábitos de consumo (e.g., Fite, Colder & O'Connor, 2006), bem como, aumentar os seus consumos quando associados a pares também eles consumidores (Kuntsche & Jordan, 2006).

Ainda assim, a influência dos pares, incluindo a perceção do número de pares consumidores e, a atitude dos pares face ao consumo de substâncias são também fatores preditores que influenciam o consumo (Nation & Helflinger, 2006).

Borsari e Carey (2006), salientam que alguns aspetos relacionados com o envolvimento escolar potenciam a influência dos pares ao consumo: os adolescentes

rodeados por pares afastados de casa estão sem o controlo parental e, consequentemente são mais propensos ao consumo de álcool e substâncias.

Já foi referido que a influência dos pares é um aspeto bastante complexo, em que se deve ter em conta a qualidade desse mesmo relacionamento. Estas relações são referidas, por vezes, como potencialmente perigosas. No entanto, a ausência deste tipo de interações pessoais também pode ser um fator de risco.

Desta forma, a presença de pares nem sempre representa o envolvimento de comportamentos de risco, podendo assim agir como fator de proteção (Palmqvist & Santavirta, 2006).

É sabido que o adolescente passa a maior parte do seu tempo na escola, sendo este um ambiente privilegiado para a realização de ações que promovam a saúde.

Uma escola promotora de saúde deve ser considerada como uma fonte de desenvolvimento de comportamentos orientados para a promoção da saúde e do bem-estar (WHO, 2000).

2.5.3 CONTEXTOS SOCIAIS: A ESCOLA

Alguns estudos apontam, que em média os jovens passam cerca de dois terços do tempo na escola, logo, a escola tem um papel determinante no ambiente social dos adolescentes, bem como contribui decisivamente para o desenvolvimento, a identidade e a autonomia dos adolescentes.

Ferguson *et al.*, (2003), citados por Kuntsche e Jordan (2006), têm procurado compreender o efeito que o consumo de substâncias tem no desempenho escolar. Os resultados comprovam que o consumo de álcool e drogas (particularmente a *Cannabis*) tem um efeito negativo na performance escolar.

Assim sendo, as estratégias de promoção da saúde têm como principal missão o desenvolvimento dos recursos do adolescente e da comunidade, de modo a que estes obtenham melhores níveis de saúde, bem-estar e qualidade de vida; tendo como objetivo a utilização de estratégias baseadas na promoção de competências, que reforcem a preferência de comportamentos de saúde e de estilos de vida saudáveis. As estratégias implicam também a realização de mudanças no meio envolvente, que permitam o desenvolvimento de melhores indicadores de saúde nas populações.

2.6 AS DROGAS MAIS CONSUMIDAS

De seguida, serão abordadas as drogas mais consumidas, designadamente a Cocaína que é uma droga frequentemente injetada, inalada ou tomada por via oral, sob a forma de “*crack*”. Esta cria uma dependência psíquica grande, e sendo injetada também provoca uma dependência física. Os principais efeitos são a irritabilidade, excesso de autoconfiança, depressão e paranoia. A longo prazo provoca também a ulceração do septo oral, psicose e criminalidade.

O *Ecstasy* é referido como a droga da moda, que é consumida na noite em bares e discotecas. Causa uma sensação de bem-estar e alegria conjugando-se com o prazer procurado pelos jovens, sendo todavia uma sensação ilusória.

Os seus efeitos a longo prazo não se conhecem, visto ser uma droga recente, mas o seu uso e abuso pode ser mortal, principalmente quando combinado com outras drogas ou álcool (como é muitas vezes habitual).

O Haxixe é frequentemente fumado ou usado por via oral, criando grande dependência psíquica. O seu uso habitual provoca o relaxamento, euforia, diminuição das inibições e aumento de apetite na fase de efeito. A sobredosagem provoca o pânico e o uso a longo prazo provoca debilitação e síndrome amotivacional.

A Heroína é uma droga que pode ser injetada, fumada e inalada. Cria grande dependência física e psíquica. O seu uso habitual alivia a dor e ansiedade, criando euforia. A sobredosagem provoca miose, depressão do sistema respiratório, edema pulmonar, baixa temperatura e a morte. A longo prazo pode causar letargia, obstipação, impotência, amenorreia, doenças físicas graves e a morte.

Há ainda a substância LSD que é tomada por via oral. O seu uso habitual tem como consequência alterações de percepções, especialmente das visuais, alucinações, pânico e *flashbacks*. A sua *overdose* cria ansiedade, pânico, alucinações, tremores e psicoses.

2.7 CARATERIZAÇÃO DE ESTUDOS NA ÁREA DA SAÚDE E EDUCAÇÃO

2.7.1 A SAÚDE E O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, PES E SUBSEQUENTES (RNEPS)

Prevenção primária da toxicodependência em meio escolar/projeto piloto “Viva a Escola”. Desde 1979 que o M.E desenvolve em articulação com diferentes entidades, projetos de prevenção primária da toxicodependência em meio escolar.

No entanto, a partir de 1990 que o M.E através do Despacho 96/ME/90 de 19/06 nomeia um responsável setorial pelo projeto Vida e constitui um grupo de trabalho com as seguintes competências:

- Coordenar o desenvolvimento de um plano em meio escolar em articulação com todos os serviços do M.E, que têm competências sobre os assuntos relacionados com a problemática do projeto Vida.
- Propor, estruturar, desenvolver e avaliar projetos de ação integrados no projeto Vida, numa amostra de escolas, nomeadamente nas vertentes de Pedagogias alternativas e atividades extra escolares.

Face ao exposto, é assim que nasce o Projeto Piloto de Prevenção Primária não Específica de Toxicodependência em Meio Escolar “Viva a Escola”.

O projeto e a prevenção primária não específica de Toxicodependência – P.V.E, tiveram origem nos seguintes princípios orientadores:

A complexidade dos fatores de risco na toxicodependência exclui a premissa de uma única teoria, modelo ou abordagem como válida, a introdução e generalização de metodologias e técnicas participativas nas atividades curriculares e ainda, a responsabilização dos alunos na organização e gestão escolar em diversas atividades curriculares e de extensão curricular. Estas atividades devem ser criativas e variadas, constituindo para todos um desafio organizativo físico, estático e cognitivo. As atividades devem ser de iniciativa de cada escola, mas de acordo com os princípios orientadores do P.V.E.

A seleção de escolas a integrar no P.V.E são as escolas do 2º e 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário, através de um processo de candidatura.

O P.V.E., tem em conta os seguintes critérios: a escola tem que apresentar um projeto que se adeque aos objetivos gerais para a prevenção primária da toxicodependência do M.E; a proposta da escola deve ser elaborada em conjunto com os alunos e as escolas que se identifiquem com forte incidência em problemas de droga, alcoolismo, etc. A seleção das escolas é realizada a nível regional pelos responsáveis do P.V.E., sendo a aprovação feita pela equipa coordenadora. No entanto, a inovação do projeto depende essencialmente de dois fatores, ou seja, da análise que cada escola faz da sua problemática e da sua capacidade de encontrar respostas criativas e mobilizadoras de toda a comunidade educativa.

A partir de 1987, no âmbito do P.V.E., o M.E destacou professores designados “Professores Operadores”, que desempenharam um papel fundamental no apoio às escolas ao nível da prevenção primária, tornando-se assim os principais agentes facilitadores da prevenção primária em meio escolar.

Nos três anos seguintes, a seleção de escolas foi idêntica ao da sua criação, seguindo os princípios orientadores. No entanto, a adesão das escolas ao P.V.E foi crescente e ao fim de três anos, 129 escolas integravam o P.V.E., o que permitiu fazer um ponto de situação:

A adaptação do sistema escolar a um projeto organizado, com continuidade de ações, ponderando o planeamento em função da análise/leitura da sua evolução de determinadas problemáticas e, simultaneamente procurando tornar em linha de conta avaliações das iniciativas já levadas a cabo, teve algumas resistências por parte de vários protagonistas intervenientes. Assim, quer os Professores Operadores quer a Equipa Coordenadora Nacional tiveram que criar “tempos de espera”, que possibilitassem aos atores do espaço escolar uma progressiva adaptação a uma modalidade de intervenção por muitos vista como morosa e burocrática.

Foram três anos letivos que exigiram um esforço de todos os intervenientes. Houve um enorme crescimento quantitativo e frequentemente qualitativo das ações e empreendimentos em curso nas várias escolas, começando a impor a urgência de readequar a organização e funcionamento do projeto.

2.7.2 PROGRAMA DE PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (PPES) 1993/1994

O PPES resultou essencialmente dos seguintes fatores:

- A experiência de três anos no Projeto Piloto da prevenção primária das toxicodependências em meio escolar: P.V.E;
- O reconhecimento do P.V.E. como resposta nacional à resolução do Conselho de Ministros da Educação dos Países da Comunidade Europeia de 23 Novembro de 1988;
- A consciência de que os fatores de risco da Toxicodependência estão presentes no Sistema Educativo;
- O artigo 70 do Dec. Lei 15/93 de 22/01/1993 define as competências do M.E nas atividades de prevenção primária;

- Integrar nos currículos a vertente básica de Educação para a Saúde, com incidência específica na prevenção do consumo de drogas;
- Providenciar no sentido de que a formação inicial e contínua de Professores os habilite a acompanhar e desenvolver tal vertente;
- Desenvolver programas específicos de prevenção primária de toxicodependência em meio escolar;
- O Dec. Lei 248/92 de 11/11 (P.V.E)
- O Despacho 172/ME/93 de 27/08/1993, que institucionaliza o Programa do M.E para a promoção e Educação para a Saúde.

Princípios de uma Política de Educação para a Saúde em Meio Escolar

Objetivos Gerais:

- Desenvolver e reforçar medidas pluridisciplinares de Educação para a saúde a todos os níveis e nos diversos setores de Educação Escolar;
- Tomar medidas necessárias para coordenar atividades de promoção para a saúde extra escolares, as famílias, as instituições e os serviços de Saúde e a comunidade para que a Educação para a Saúde seja encarada como prática de vida de cada um;
- Desenvolver a formação de Professores na área da Educação para a Saúde, tanto a nível de formação inicial como de formação contínua.

Qualquer programa do PPES deverá ter como protagonistas todos aqueles que constituem a Comunidade Educativa: alunos, Professores, Pais, Auxiliares de Ação Educativa e outros técnicos que nela trabalhem.

A Educação para a Saúde, implica a promoção de estilos de vida saudáveis que proporcionem a jovens e adultos, a adequação de comportamentos e atitudes a uma correta gestão do seu potencial social.

A Educação para a Saúde, deve desencadear processos de consciencialização capazes de educar para uma opção livre e responsável.

Objetivos Específicos:

Cada escola, em função da sua especificidade regional e local, deverá ser capaz de:

- Avaliar as suas necessidades;
- Definir prioridades;
- Adequar estratégias;
- Desenvolver projetos setoriais;
- Envolver a comunidade alargada;
- Enquadrar as suas iniciativas nos princípios gerais da Educação para a Saúde.

Estratégias de desenvolvimento do Programa de Promoção e Educação para a Saúde:

- Introduzir progressivamente a Promoção e Educação para a Saúde nos currículos escolares de todos os níveis de ensino;
- Capacitar os Professores para a intervenção na Promoção e Educação para a Saúde através da sua formação inicial e contínua;
- Promover e desenvolver projetos especiais na Promoção e Educação para a Saúde visando:
- Respostas adequadas a problemas e necessidades da Educação para a Saúde- Meio Escolar;
- Abordagem horizontal das problemáticas da Educação para a Saúde;
- A institucionalização das escolas promotoras da Saúde.

2.7.3 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA DE PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (PPES)

A organização dos PPES foi realizada em três níveis: Local, Regional e Nacional.

A nível local, as equipas promotoras da saúde eram constituídas por um coordenador e pelos diferentes intervenientes no processo educativo, sendo a nível regional constituídas por um responsável regional” e por um Professor Operador.

Por último a nível nacional, as equipas de saúde são constituídas por uma “equipa de coordenação nacional”.

Os projetos de Promoção e Educação para a Saúde desenvolvidos pelo PPES são os seguintes:

- Projeto de Intervenção Sistemática;

- Projeto Viva a Escola;
- Projeto de Férias;
- Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde;
- Encontros Interescolares;
- Projetos Específicos;
- Projeto piloto de Prevenção da Toxicodependência.

2.7.4 REDE EUROPEIA DE ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE

Numa reunião de Conselho de Ministros da Educação da Europa, Portugal aderiu à REEPS em Setembro de 1994, tendo beneficiado durante três anos de um cofinanciamento para o desenvolvimento de uma experiência piloto aplicada a um número restrito de escolas e centros de saúde, selecionados por critérios que se enquadravam nos princípios da REEPS. As principais condições para as escolas e centros de saúde serem integrados, consistiam no trabalho em articulação entre si em todas as fases do processo e, de constituírem redes locais que fizessem parte dos contextos de aplicação dos princípios orientadores.

O que é uma escola promotora de Saúde?

Uma escola promotora de saúde é um espaço organizado, em termos humanos e técnicos, empenhado em proporcionar a aquisição de competências pessoais e sociais que permitem aos indivíduos e aos grupos melhorar a gestão da sua saúde e agir sobre fatores que a influenciem. A promoção da saúde visa criar condições para o próprio indivíduo, ou instituição, ser o agente ativo de mudança, com autonomia, tendo como referência a equidade, partilha de poderes em coresponsabilidade e interajuda.

Ao aderirem à RNEPS, escolas e centros de saúde têm como propósito a melhoria das condições organizacionais e humanas, facultando, assim, às diferentes comunidades a construção de espaços que promovam a consolidação do exercício da cidadania. A escola promotora de saúde, é assim, um espaço socializante e educativo onde os jovens adultos permanecem ao longo de anos, constituindo-se igualmente como uma prioridade para o desenvolvimento sustentado do bem-estar de qualquer comunidade ou país.

O percurso da RNEPS

No início do ano letivo 1994/95, foram selecionadas dez escolas a nível nacional e quatro centros de saúde das regiões que se disponibilizam a participar na experiência-piloto de acordo com os princípios orientadores da Rede Europeia, nomeadamente a trabalhar em parceria. Constitui-se assim, a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde: RNEPS. É também criado o Centro de Apoio Nacional (CAN) às EPS, com uma coordenadora e dois representantes de cada um dos Ministérios.

Em 1995 é criado o Programa de Promoção e Educação para a saúde (PPES) que integra todas as competências, obrigações e atividades do PVE e as escolas nele inseridas iniciam uma aproximação aos princípios das escolas da RNEPS. Em 1997, na reunião dos coordenadores nacionais da REEPS, foi decidido o alargamento das redes nacionais de acordo com as capacidades e especificidades de cada país. Reiniciam-se as negociações com o Ministério da Saúde no sentido de serem ponderadas as condições de alargamento. O Despacho Conjunto 271/98, surge como o primeiro passo assumido de empenho de dois Ministérios no projeto e na promoção da saúde como uma meta comum.

O que era RNEPS?

A RNEPS procurou facilitar condições para o desenvolvimento da Promoção da Saúde em meio escolar, envolvendo profissionais e outros intervenientes, e ainda, pais e alunos. Os Ministérios da Educação e da Saúde tiveram um grande investimento nesta rede de âmbito nacional, através da consolidação de uma parceria que necessitou de ser aferida e adequada face aos novos desafios que se colocavam às escolas e aos centros de saúde.

O Centro de Apoio Nacional (CAN), era a estrutura de orientação da RNEPS, que visava definir linhas de orientação estratégica para a consolidação e progressivo alargamento da RNEPS, tinha como missão:

- Facilitar a permuta de informação e de experiência, identificando e divulgando boas práticas;
- Estimular o envolvimento das estruturas regionais, sub-regionais e locais na planificação e na afetação dos recursos necessários para o desenvolvimento sustentável da rede, entre outros;

O ano 2000, foi um ano de consolidação, em que se procurou garantir a qualidade da promoção da saúde em meio escolar. Não houve alargamento porque se sentiu necessidade de reavaliar o programa, ponderar as formas de intervenção praticadas e

equacionar as necessidades e o nível de alargamento possível, garantindo-se a sustentabilidade do processo por parte dos dois Ministérios responsáveis pela operacionalização da parceria.

A consolidação deste processo, foi sendo facilitada pela consignação em corpo normativo da vontade política, que se traduziu nas expectativas e nas necessidades pelas estruturas locais e regionais dos dois Ministérios.

São exemplos disto, o Despacho conjunto já referido, que cria o CAN, o Despacho conjunto nº 734/2000, que o reformula e o Despacho 15587/99 de 22/07 que cria a CCPED, em que os dois Ministérios da Educação e da Saúde formalizavam o compromisso mútuo de fomentar o desenvolvimento sustentado do processo de alargamento da RNEPS, sendo cometidas ao Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES) e à Direção Geral da Saúde (DGS), para a definição de modelos de intervenção adequados à partilha funcional de responsabilidade, de forma a serem potenciados os recursos disponíveis e a serem mobilizados outros parceiros, articulando as ações a nível local e regional, no respeito pela autonomia e competências dos diversos intervenientes.

Princípios da RNEPS

Esta rede de escolas e centros de saúde tinham como elo comum o processo de promoção da saúde da comunidade e assentava nos seguintes princípios:

- A promoção da saúde era processo de desenvolvimento permanente;
- O processo educativo e a promoção da saúde contribuíam para o desenvolvimento de capacidades e aquisição de competências de cada indivíduo, para confortar-se positivamente consigo próprio e com o meio, construir um projeto de vida, desenvolver hábitos saudáveis e exercer plenamente a cidadania;
- A promoção da saúde implicava o envolvimento dos diversos elementos da comunidade educativa, valorizando a participação ativa dos jovens e o papel dos adultos de referência.

Escolas e centros de saúde aderiam à RNEPS voluntariamente, assumindo, quer quem a integrava, quer quem a promovia, um conjunto de compromissos mútuos. Assim, as escolas e centros de saúde passavam a beneficiar de alguns apoios.

A rede nacional de Escolas Promotoras de Saúde, era constituída por todas as escolas que desenvolvessem um processo de promoção de saúde através de parceria formalizada com o centro de saúde local com a coordenação da RNEPS.

A escola promotora de saúde (EPS), pretendia garantir estilos de vida saudáveis para toda a população escolar, desenvolvendo ambientes de suporte à promoção de saúde. Assim, teve como propósito criar os meios para que todos quantos vivessem e trabalhassem, controlassem e melhorassem a sua saúde física e emocional.

Consegue-o através de mudanças nas cinco dimensões:

- Ecológica;
- Curricular;
- Psicossocial;
- Comunitária;
- Organizacional.

A criação da CCPES, de acordo com o Despacho 15587/99 de 22/07, a qual sucede nos direitos e obrigações assumidas pelo PPES, designadamente para os fins estabelecidos no Despacho conjunto 271/98, entre os quais a definição das formas de ligação entre os serviços envolvidos e as equipas locais.

O papel operacional dos organismos regionais de ambos os Ministérios.

O CCPES, era uma comissão de coordenação criada no âmbito do Ministério da Educação, através do Despacho nº 15587/99, na dependência do Secretário de Estado. A atividade desenvolvida pela CCPES, destinava-se a todas as escolas interessadas em integrar o processo de promoção de saúde no seu projeto educativo e, consequentemente, no seu projeto curricular, com intervenção específica nas práticas pedagógicas e organizacionais, em geral, e no espaço de sala de aula, em particular.

Objetivos do CCPES

- Promoção da saúde global da população, em particular a saúde mental, dando especial atenção às relações intra e inter pessoais, privilegiando a educação sexual e prevenção do alcoolismo;
- Promoção da qualidade do trabalho na Rede de Escolas Promotoras de Saúde e o seu alargamento, com vista à melhoria do nível de saúde da população escolar;

- Coordenação de ações a desenvolver no âmbito da parceria entre as estruturas de educação para a saúde, em especial atenção nas áreas de intervenção definidas como prioritárias no Despacho nº 271/98 de 23/03: alimentação, saúde oral, sexualidade, segurança, vacinação, prevenção do uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas e da SIDA, entre outros. A CCPES era coordenada pela Prof^a. Doutora Maria Isabel Loureiro e composta por uma equipa técnica multidisciplinar.

2.7.5 PROMOÇÃO DE SAÚDE E AS ESCOLAS

“A escola é um espaço educativo que gostaríamos que fosse livre de consumos ou usos indevidos de determinadas substâncias, naturais ou sintéticas, que provoquem distúrbios do comportamento ou gerem uma dependência que iniba os indivíduos de funcionarem livre e espontaneamente” (Consumo de Drogas em Meio Escolar-PES-ME). Mas, infelizmente, nem sempre isso acontece.

Por isto, a escola já não pode continuar simplesmente a cumprir a função de meta transmissora de conhecimentos, mantendo os cidadãos como recetores passivos dos saberes académicos. Hoje em dia esta deve ter um papel bem mais importante, como seja o de integrar os indivíduos na sociedade, de os formar como seres capazes para que consigam desenvolver plenamente as suas potencialidades, adquirindo competências para cuidarem de si, serem solidários e capazes de se relacionarem positivamente com o meio. Estas funções que a Escola deve ter nos dias que correm são um pré-requisito para a promoção da saúde. Podemos então dizer que uma Escola que tenha como objetivos o cumprimento destas funções, é uma Escola que se deseja Promotora de Saúde. Importa promover a construção de outros modelos pedagógicos que foram sintetizados por Lesne (1976, p. 230) quando afirma que se trata sobretudo de “trabalho pedagógico de tipo iniciativo, de orientação pessoal.”

Em resumo, está-se na presença de um processo educativo em que cada pessoa desempenha um papel ativo na construção do seu desenvolvimento e aprendizagem, deixando assim de ser o objeto do processo para afirmar-se como sujeito ativo.

Deste modo, e mais uma vez, os estabelecimentos de ensino devem olhar para os alunos de forma diferenciada e como parceiros com potencialidades a desenvolver, sendo eles próprios os principais agentes ativos, ajudados pela Escola que deverá

fazer a ligação entre aprendizagem e vida ativa, emparceirando ainda as famílias e a comunidade alargada.

O mesmo deve acontecer com o modo de encarar as práticas pedagógicas. Estas devem diferenciar-se progressivamente, abandonando o modelo único igual para todos. A Escola assume-se como polo dinamizador de um projeto vasto, tal como é referido nos normativos e outras publicações mais recentes.

Perante as novas realidades, tornou-se também claro que a Escola só se constituiu como tal e só poderá desenvolver este processo criando um instrumento integrador e orientador dos diversos objetivos, a saber, o Projeto Educativo.

É portanto no PE, como instrumento de trabalho que estão explícitas e integradas todas as preocupações e objetivos que dão sentido ao trabalho escolar, tanto mais que ele traduz o resultado da participação ativa de todos quantos estão comprometidos na educação e desenvolvimento da comunidade. É à volta do PE que se cria a realidade Escola, que se equacionam as necessidades, que se organizam tarefas e se reforça o sentido de identidade cultural. Desta forma, a Promoção e Educação para a Saúde nas escolas aparecem incorporadas e são traduzidas pelo conjunto de todas as atividades educativas que concorrem para atingira finalidade social de desenvolvimento individual e comunitário de forma a promover o bem-estar (Navarro, 1994).

Apesar disto, os Professores não precisam de ser, nem devem ser, especialistas nos problemas de droga, muito menos terapeutas, mas, como educadores profissionais que são, devem saber ler sinais de risco e, em função desse conhecimento, saber como agir, como orientar e como ajudar.

É neste sentido que se dará uma breve noção de como se encontra o consumo de drogas em meio escolar e mostrar-se-á o como, porquê e com quem atuar.

2.7.6 CONSUMO DE DROGAS EM MEIO ESCOLAR

A situação do consumo de substâncias ilícitas e lícitas e meio escolar tem sido avaliada de forma sistemática através de estudos epidemiológicos desde 1989.

O Ministério da Educação ao decidir investir neste tipo de estudos, em colaboração com o Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga/Ministério da Justiça (GPCCD/MJ), organismo responsável pela elaboração e

tratamento dos questionários aplicados, equipou-se de um conjunto de dados e informações que permitem analisar, estudar e adequar estratégias de intervenção julgadas mais pertinentes, em determinado tempo e local, relativamente a ações ou programas de prevenção.

Os dados obtidos no decorrer destes anos têm revelado prevalências análogas, o que permite afirmar que este fenómeno tem estado, até hoje, controlado, o que não significa que esteja resolvido.

Verificou-se, nalgumas escolas, a deteção de um maior número de casos e situações de consumo que, pelas suas características de expressão e manifestação externa, têm perturbado a organização escolar.

Por outro lado, e de acordo com os levantamentos mais recentes, constatou-se que o consumo de substâncias lícitas (álcool, tabaco, medicamentos) apresentou valores percentuais mais elevados e preocupantes do que as substâncias ilícitas (derivados de cannabis, heroína e cocaína).

Qual será o enquadramento legal?

A escola, enquanto parte integrante de uma comunidade envolvente específica, faz parte de uma sociedade vasta que, para funcionar livre e democraticamente, institui regras e leis que, enquanto estão em vigência, são para ser cumpridas.

Poder-se-á não estar de acordo com o conteúdo dessas leis e, poder-se-á tentar modificá-las pelas vias adequadas: não se deverá é facilitar ou apelar indevidamente para o seu não cumprimento, sob pena de permitir e ser-se cúmplice de ocorrências ou do instalar de comportamentos denominados desviantes ou marginais.

Em 1988, Portugal ratificou a Convenção das Nações Unidas e, em 1993, é publicado o Decreto-Lei 15/93 de 22/01 que atualiza a legislação relativa ao consumo e tráfico, bem como o controlo de estupefacientes, psicotrópicos e percursoros. A legislação portuguesa, no tocante às substâncias consideradas ilícitas é, claramente, repressiva face ao seu tráfico e mais compreensiva no respeitante ao indivíduo que consome, o que não significa que despenalize o seu uso ou abuso.

Porquê atuar?

O meio escolar não pode permitir nem ser condescendente com o uso ou abuso de drogas ilícitas ou lícitas no seu seio, e muito menos, com o tráfico destas últimas.

O propósito de qualquer intervenção, após conhecimento de causa comprovado, é o de desmotivar a pessoa que consome a continuar o seu percurso aditivo, procurando que ela perceba claramente que não pactuará nem se será cúmplice de situações que a prejudiquem, num processo que se sabe de progressiva autodestruição. A função de educador é a de ajudar ou estimular o jovem a procurar alternativas para enfrentar as dificuldades.

No que diz respeito à toxicodependência é de facto adquirido que o silêncio permite que o fenómeno grasse. Não querer saber o que se passa ou fingir que não se vê (porque muitas vezes não se sabe o que fazer ou a situação em si é desconfortável) é pactuar e induzir atitudes permissivas face aos consumos.

É tempo perdido esperar para confirmar suspeitas de consumo. É ingenuidade acreditar que talvez “a coisa se resolva por si com o tempo”!

Quanto mais precocemente se intervier maior se torna a probabilidade dos resultados serem positivos e eficazes. Um utilizador habitual, ou um dependente terá mais dificuldade em parar ou reduzir os consumos, se a sua “história” com a droga tiver já algum tempo de existência e um certo grau de dependência já se tiver instalado.

Por outro lado, um conhecimento mais ou menos generalizado de que a droga circula e é consumida numa escola, sem que nenhuma medida sejam tomadas face a estas ocorrências, pode provocar um clima propiciador de aparente negligência ou tolerância face a estes fenómenos.

Nestas circunstâncias, a tendência é que se esses atos se propaguem e estendam rapidamente a um conjunto mais alargado de indivíduos, tornando-se então mais complexa e morosa uma intervenção que vise minorar ou enfrentar estes comportamentos.

Como atuar?

As situações ou casos que se prendam com o uso/abuso de drogas lícitas e ilícitas têm que ser perspectivadas e encaradas em termos individuais. Juízos de valor antecipados ou procurar conhecer alguém por interposta pessoa são estratégias

desadequadas que só levantam suspeição e desconfiança por parte de quem se sente e sabe que é alvo de atenção.

É necessário perceber o contexto envolvente do jovem. Para tal, é imperioso falar diretamente com ele tentando compreender as suas “razões” e escutando a sua argumentação (o que não significa estar de acordo com tudo o que é dito). A relação a estabelecer não pode ter subjacente a eminência da punição. O recurso ao castigo ou a medidas disciplinares não resolve a situação de fundo: o consumo de droga.

A escola não pretende ser repreensiva nem marginalizante, perpetuando o ciclo vicioso de confirmar ao jovem que ele “não presta”, ameaçando-o de exclusão do sistema e apontando-lhe ou facilitando-lhe a opção pela rua.

A escola, ou qualquer dos seus responsáveis, não devem querer assumir isoladamente a condução do processo. Os pais ou encarregados de educação devem ser informados, corresponsabilizados e implicados na busca de alternativas.

2.7.7 ESTADO DE ARTE- O HBSC (HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN)

Nesta secção será descrita a metodologia utilizada nos estudos, será apresentada uma exposição pormenorizada do Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), do respetivo instrumento utilizado e da metodologia utilizada.

Caracterização do estudo HBSC

O HBSC é um estudo adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que teve o seu início em 1983/84 com a participação de três países (Finlândia, Noruega e Inglaterra). Após sete fases de investigação, em 2005/2006 fazem parte deste estudo quarenta e quatro países Europeus e não-Europeus (HBSC, 2009).

Portugal integrou o estudo em 1996 como membro convidado, tendo iniciado o primeiro estudo nacional em 1997/1998 sobre a coordenação da Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos na Faculdade de Motricidade Humana em parceria com o Centro da Malária e Doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

A finalidade original do estudo manteve-se praticamente igual desde o seu início e consiste em aumentar a compreensão dos comportamentos de saúde do adolescente, de saúde e bem-estar dos seus contextos sociais, através da recolha de dados de alta qualidade comparáveis entre os países (Roberts, *et al.*, 2007). Contudo, com o decorrer

dos diversos estudos foram formulados inúmeros objetivos, de forma a possibilitar uma melhor compreensão da riqueza dos dados recolhidos.

Os principais objetivos do estudo HBSC (Matos *et al.*, 2006) são:

- Iniciar e manter pesquisa nacional e internacional sobre os comportamentos de saúde e contextos sociais nos adolescentes em idade escolar;
- Contribuir para o desenvolvimento teórico, conceptual, metodológico em áreas de pesquisa dos comportamentos de saúde e do contexto social da saúde nos adolescentes;
- Recolher dados relevantes nos adolescentes de forma a monitorizar a saúde e os comportamentos de saúde nos adolescentes dos países membros;
- Contribuir para uma base de conhecimento dos comportamentos de saúde e do contexto social da saúde nos adolescentes;
- Identificar resultados para audiências relevantes, incluindo investigadores, políticos de saúde e de educação, técnicos de promoção da saúde, professores, pais e adolescentes;
- Fazer a ligação com os objetivos da OMS, especialmente na monitorização dos objetivos principais do HEALTH 21 no que respeita aos comportamentos de saúde dos adolescentes.

As equipas de investigação dos países participantes seguiram o mesmo protocolo de pesquisa que incluiu a ordem das questões, as orientações de tradução, uma orientação completa sobre os procedimentos de amostragem e recolha de dados, a fim de facilitar a posterior análise cruzada nacional (Currie, Samdal, & Boyce, 2001).

Portugal realizou um primeiro estudo-piloto em 1994 (Matos, Simões, & Canha, 2000), sendo o primeiro estudo nacional realizado em 1998 (Matos, Simões, Reis, *et al.*, 2000) e o segundo estudo em 2002 (Matos & Equipa Aventura Social, 2003), tendo realizado, até ao presente, estudos nacionais em 2006 (Matos *et al.*, 2006 a,b,c,), 2010 (Matos *et al.*, 2010) e 2014 (Matos *et al.*, 2014), estudos esses que estão disponíveis².

² www.aventurasocial.com e www.fmh.utl.pt/aventurasocial.pt.

4. Caraterização da Escola do Estudo

4.1 BREVE RESUMO HISTÓRICO DO PES (PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE) NA ESDD

No ano letivo de 1989/90 a Escola Secundária D. Dinis aderiu ao Projeto Vida, mas não foi aceite, tendo tido algumas participações em atividades pontuais.

Em 1990/91, apareceu o Programa Viva a Escola, novamente com a candidatura da escola D. Dinis que, mais uma vez, foi recusada, sendo a justificação a de não haver atividades que proporcionassem risco.

No entanto, o projeto estava bem construído pela mesma escola. Posteriormente, no ano 1991/1992, houve a inclusão de atividades de risco na escola, tais como *rappel*, escalada e montanhismo e por isso mesmo a escola foi aceite no P.V.E (Programa Viva a Escola).

No final de 1992, houve um alargamento do PPES às escolas pertencentes ao P.V.E (283 escolas), estando a D. Dinis incluída.

Em 1994/95, o Professor José Serrano (coordenador do PPES da Escola Secundária D. Dinis de 1989 até 1998), fez um curso de Formador no âmbito da Promoção para a Saúde, passando a Professor Formador. Nessa mesma altura começou a haver redução de horário dos professores que pertencessem ao PPES, facto que levou a uma Ação de Formação na escola e no âmbito da Promoção para a Saúde realizada pelo Prof. José Serrano.

Este modo de trabalho prolongou-se até 1998, visto que estas atividades permitiam uma evolução da carreira dos professores através da acumulação de créditos que estas concediam. Neste período de tempo trabalhou-se em subprojectos, estando o tema da Toxicodependência incluído através de debates e seminários, bem como atividades de rico (saídas). Para além de tudo isso, também existia o “Marvila cultural” que dava outras alternativas aos jovens para a ocupação dos seus tempos livres. Nesta altura e com todas as atividades iniciou-se o trabalho na Prevenção. Ainda no ano de 1994 foram escolhidas dez escolas para a representação da RNEPS, sendo a D. Dinis uma das escolhidas.

Em 1997, houve um alargamento que culminou com a junção do Ministério da Saúde e da Educação em 1998, e de seguida outra nova ampliação, que passou a incluir 660 escolas e cerca de 20 centros de saúde.

No ano seguinte, o Prof. José Serrano foi convidado a integrar a equipa do TPES (Técnicos de Promoção para a Educação e Saúde) no CAE, passando a coordenação do PPES da escola para a Prof.^a Maria das Neves Bôto.

Desde a chegada do P.V até à integração da Escola D. Dinis na RNEPS, a coordenação do PPES esteve a cargo do Prof. José Serrano.

No ano letivo seguinte (1999/2000), a Prof.^a Maria das Neves passa a ser a coordenadora do PPES, passando este a chamar-se CPES (Comissão de Coordenação da Promoção para a Educação e Saúde).

Em 1999, surge a regulamentação do CPES através do Despacho nº 15587/99 de 12/08 onde estão mencionados os seus objetivos, ou seja: promover a saúde global da população escolar, em particular a saúde mental, bem como promover o recurso a técnicas de diagnóstico, a metodologias e dinâmicas inovadoras na promoção da saúde, através das seguintes áreas de Intervenção:

As relações intra e interpessoais, a educação sexual, a prevenção do alcoolismo, a alimentação, a saúde oral, a segurança, a vacinação, a prevenção do uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas e a prevenção da saúde.

No primeiro ano de CPES, as áreas intervencionadas diretamente foram as Relações através da ocupação dos tempos livres dos alunos com idas a eventos de música, teatro, dança, poesia, fotografia, entre outras, onde participam diversos alunos e Professores; a educação sexual através de uma palestra cujo tema foi “A formação integral dos jovens - a sexualidade, os afetos e a socialização (aspetos fisiológicos, emocionais e sociais) ” com a intervenção de um Médico e de um Psicólogo, onde estiveram presentes cerca de 100 professores e alunos; a prevenção da sida, através de atividades de sensibilização e jogos de dinâmica de grupo e um colóquio onde participaram Professores, alunos e Médicos; por último, a segurança, através de cursos do INEM onde participaram 66 pessoas (Professores, auxiliares de educação e alunos do curso noturno – curso de ação social), atividades do Serviço Municipal de Proteção Civil: vistoria e respetivo relatório e formação de planos de emergência para estabelecimentos de ensino e para finalizar contactos com o Departamento de Trânsito da Câmara Municipal de Lisboa.

Apenas uma área foi intervencionada indiretamente: a prevenção do uso de substâncias lícitas e ilícitas.

No ano letivo 2000/2001 todas as áreas foram intervencionadas diretamente, exceto a prevenção da sida, que não foi mencionada.

A área das relações intra e interpessoais continuou a ser trabalhada com o mesmo tipo de atividades, incluindo a festa de Natal, onde também participaram diversos Professores e alunos.

Na segurança, desenvolveu-se um trabalho de digitalização de plantas da escola.

Na área da educação sexual foram realizadas sessões de esclarecimento com três Técnicos da APF, 110 alunos e 6 Professores; houve também a elaboração, resposta e tratamento de um inquérito aplicado aos alunos e ainda uma reflexão em equipa, constituída por 4 professores, terminando com dois cursos de formação nesta mesma área.

Para a prevenção da toxicodependência realizou-se o *workshop* “Drogas e os seus efeitos” com a participação de 5 Professores.

No campo da alimentação, realizou-se uma palestra e houve aquisição de material para o bar. Na primeira atividade participaram 30 pessoas, entre as quais Professores, pessoal não docente, pais e alunos do curso noturno.

Na prevenção do tabagismo, comemorou-se o Dia Mundial do Não Fumador com atividades desportivas, realização de uma conferência e projeção de um filme. Estas atividades tiveram a participação de 250 pessoas.

Para a prevenção do alcoolismo houve colaboração entre a escola e o Núcleo de Estágio de Educação Física da FMH para uma saída com vista à prática de atividades desportivas e de reflexão sobre o tema, atividades de pesquisa, reflexão e realização de duas sessões de esclarecimento com a participação de 55 pessoas (Professores, alunos e pessoal não docente). Para finalizar, realizou-se uma campanha de rastreio e vacinação na área da vacinação onde participaram 360 alunos.

No ano letivo de 2001/2002, continuou-se a intervir diretamente na área das Relações intra e interpessoais com o mesmo tipo de atividades, respeitantes à ocupação de tempos livres e na prevenção da toxicodependência. Esta última, através de 3 sessões respeitantes a uma Ação de Formação em Prevenção Primárias da Toxicodependência do CAT de Xabregas em que participaram cerca de 20 pessoas (Professores e auxiliares de educação), bem como, uma saída com vista à prática de

atividades desportivas, de exploração da natureza e de reflexão sobre o tema, havendo também colaboração entre a escola e o Núcleo de Estágio de Educação Física da FMH com a participação de cerca de 50 pessoas (Professores e alunos).

Em todas estas atividades direcionadas para diversas áreas, existiu sempre a colaboração por parte do Centro de Saúde e da Junta de Freguesia de Marvila.

5. PROBLEMA E OBJETIVOS DO ESTUDO

5.1 ENUNCIADO DO PROBLEMA

O problema da toxicodependência entre os mais jovens surge, geralmente, associado a um marcante declínio da saúde das crianças (Smalley, 2004), e a uma reduzida aptidão física.

No que concerne ao consumo de substâncias em contexto escolar, os relatórios do Observatório Europeu da Droga e da toxicodependência (1998, 1999 e 2000), têm alertado para o facto do início dos consumos de substâncias ocorrer em idades cada vez mais novas. Diversos são os fatores que poderão contribuir para a iniciação e aumento do consumo (e.g., Allison *et al.*, 1999; Sneed *et al.*, 2001; Wiesner & Ittel, 2002). De acordo com Hawkins & Catalano (2005), estes fatores podem ser divididos em fatores inerentes à comunidade (e.g., acessibilidade às drogas, baixa vinculação com a comunidade e vizinhos), à família (e.g., estrutura familiar, estatuto socioeconómico da família, historial na família de comportamentos de consumo de substâncias, conflito familiar), à escola (e.g., fraco envolvimento escolar, insucesso escolar), aos pares (e.g., amigos com historial de comportamentos de consumo de substâncias) e ao próprio indivíduo (e.g., idade, etnia).

É de referir que uma iniciação precoce de uso de substâncias é um fator de risco para uma variedade de problemas de saúde e de eventual abuso de drogas (Hawkins & Catalano, 2005). Assim, através do Programa de promoção para a saúde (PPES), foi desenvolvido no ano letivo 2001/2002, um conjunto de ações que visavam a prevenção primária da toxicodependência.

5.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Num primeiro momento realizou-se um estudo extensivo, de natureza quantitativa, visando conhecer e descrever quais os programas existentes para a temática da toxicodependência existentes no ministério da educação e da saúde.

Esta fase do estudo serviu também para realizar ações diretas junto da comunidade escolar, através de ações de sensibilização junto da comunidade escolar, envolvendo não só as pessoas responsáveis pelo PPES da escola, bem como através de parcerias estabelecidas com o CAT, o núcleo de aventura social da FMH e o nosso núcleo de estágio da FMH.

Num segundo momento realizou-se um estudo - através de uma atividade fora da escola, em Cabanas Tavira-, com o objetivo de realizar uma saída com os alunos para se conseguir desenvolver e intervir na prevenção primária da toxicodependência, através de atividades físicas, atividades lúdicas e ainda a aplicação de questionários.

A opção de, neste estudo, existir uma vontade de refletir sobre esta temática prende-se, principalmente, com a necessidade de dar continuidade ao trabalho desenvolvido nos anos anteriores, trabalhando em conjunto com o PPES e, de realizar uma prevenção primária eficaz na adoção de estilos de vida mais saudáveis, através da prática de atividades de complemento curricular e como estes podem adotar alterações de comportamento face à toxicodependência.

As ações de formação decorreram em três momentos distintos, nos dias 28 de Setembro de 2001, 18 de Outubro de 2001 e ainda 29 de Novembro de 2001.

6. METODOLOGIA

6.1 INVESTIGAÇÃO-AÇÃO

A investigação-ação consiste na recolha de informações sistemáticas com o objetivo de promover mudanças sociais (Bogdan & Biklen, 1994). Como enunciado anteriormente, o estudo consiste na prevenção primária da toxicodependência, no seio escolar.

De acordo com Bogdan e Biklen (1994), a investigação-ação procura resultados que possam ser utilizados pelas pessoas para tomarem decisões práticas relativas a determinados aspetos da sua vida, precipitando a mudança, apresentando inúmeras vantagens:

1. A recolha sistemática de informação, pode auxiliar na identificação de pessoas e instituições que contribuem para tornar intolerável a vida de grupos particulares de pessoas;
2. Pode facultar informação, compreensão e factos, com o objetivo de tornar a posição e planos do investigador mais credível;
3. Pode auxiliar na identificação dos aspetos do sistema que podem ser desafiados tanto legalmente como através de ações comunitárias;

4. Permite que as pessoas se conheçam melhor, aumente a consciência dos que têm problemas, bem como o empenho na sua resolução;

5. A investigação-ação pode servir como estratégia organizativa para agregar as pessoas ativamente face a questões particulares. A própria investigação constitui uma forma de ação;

6. A investigação-ação fortalece o empenhamento e encoraja a prossecução de objetivos sociais e particulares.

Tendo por base estes pressupostos, procurou-se com este trabalho conhecer, refletir, agir e mudar, contribuindo, de alguma forma, para uma prevenção primária sobre a toxicodependência, procurando, desta forma dar resposta à pergunta de partida: «Em que medida é que as atividades de complemento curricular podem apoiar a alteração de comportamentos dos alunos face à Toxicodependência?»

Segundo a bibliografia, concluiu-se que a melhor forma de analisar esta informação é segundo o “Modelo de Ação Racional” defendido e utilizado por vários Psicólogos, e entre eles, o conhecido Prof. Doutor Sidónio Serpa.

6.2 CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES NO ESTUDO

A participação deste estudo teve como objetivo envolver professores, funcionários e alunos.

A participação dos alunos para o estudo contou principalmente com os alunos das turmas que leccionávamos, bem como os alunos das turmas do nosso orientador. De todos os participantes, apenas 3 já tinham participado em estudos realizados nos anos anteriores, sendo para os 38 alunos, foi primeira vez que participavam neste tipo de estudo.

6.2.1. A Formação de Professores

Todos os professores que integravam o PES participaram nesta investigação. A título de exemplo podemos referir que os professores cooperaram nas reuniões de grupo que antecederam a elaboração do projeto, contribuíram para a identificação do problema em estudo e colaboraram na fase final, analisando e discutindo criticamente os resultados desta investigação-ação.

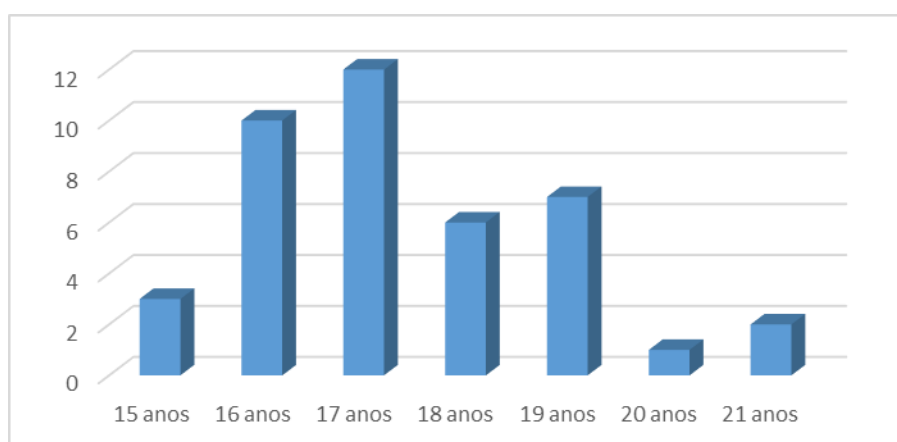
6.2.2. Aplicação dos Questionários aos Alunos

A amostra foi de quarenta e um alunos, com idades compreendidas entre os quinze e os vinte e um anos, tendo a maioria dezasseis ou dezassete anos de idade.

Tabela 1 – Quantidade de Inquiridos por Idade

15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	19 anos	20 anos	21 anos
3	10	12	6	7	1	2

Figura 1 – Quantidade de Inquiridos por Idade



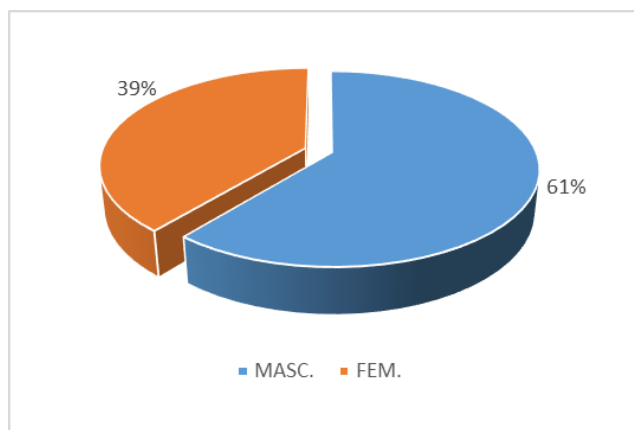
Sexo

Como se pode observar no quadro e gráfico em baixo, 61% dos alunos era do sexo masculino e 39% do sexo feminino.

Tabela 2 – Quantidade de Inquiridos por Género

MASC.	FEM.
25	16

Figura 2 – Percentagem de Inquiridos por Género



6.2.3. Métodos e Instrumentos de Recolha de Informação

Os métodos e os instrumentos utilizados foram diversificados, nomeadamente, as ações realizadas na escola, a divulgação da atividade em cabanas de Tavira, a atividade em si mesma e toda a sua envolvência, a aplicação dos questionários antes e depois da atividade em Tavira e por último a realização de uma conversa com os alunos envolvidos após atividade acerca da prevenção primária da toxicodependência.

Assim sendo, foram realizadas três ações de formação ministradas pelo CAT de Xabregas e que decorreram na Escola Secundária D. Dinis.

Estas ações foram dirigidas a todos os Professores que integram o PES e a alguns funcionários envolvidos no Projeto de Prevenção Primária da Toxicodependência.

Os objetivos consistiram em dar a conhecer formas de prevenção primária da toxicodependência.

A Divulgação da Atividade em Cabanas de Tavira

A divulgação da atividade que se iria realizar no 2º período começou a ser divulgada no início de dezembro e, foi feita através de cartazes e de reuniões com alunos e encarregados de educação, como o objetivo de compreenderem todo o processo da prevenção primária da toxicodependência.

A Atividade de Exploração da Natureza em Cabanas de Tavira

Com o objetivo de se desenvolver um trabalho de prevenção com maior impacto, foi decidido que seria interessante discutir e monitorizar a prevenção primária da toxicodependência fora da escola, proporcionando aos alunos envolvidos:

- Implementação de hábitos de ocupação de tempos livres pela prática desportiva;
- Promoção da educação para a saúde;
- Fomentação do convívio ao estabelecer e consolidar amizades;
- Fortalecimento de relações entre alunos e Professores para tornar possível uma melhor integração nos seus interesses, problemas e objetivos de vida e uma consequente intervenção no sentido desses assuntos, de acordo com as necessidades expostas pelos alunos;

Neste sentido, foi organizada uma atividade de exploração da Natureza no âmbito das atividades de complemento curricular, em Cabanas de Tavira (mais concretamente no Golden Club de Tavira), que decorreram nos dias 16, 17, 18 e 19 de Janeiro de 2002.

Esta atividade foi planeada de maneira a que os alunos durante o dia estivessem ocupados com atividades desportivas (alguns deles radicais), e à noite estivessem ocupados com jogos “quebra-gelo” para que todo o grupo se conhecesse melhor. Foi visualizado um vídeo alusivo à problemática da toxicodependência, com debates e reflexões através de dinâmicas de grupo e com a construção de cartazes indicadores dos pensamentos dos alunos face a este tema.

A atividade completou-se com a realização de questionários aos alunos, que permitiram, em conjunto com outros dados, validar a eficácia do processo global relativamente à Prevenção Primária da Toxicodependência.

A Conversa com os Alunos

No dia 14 de Março de 2002 (5ª feira) pelas 18:00h decorreu uma conversa informal com os alunos e que surgiu no seguimento da atividade realizada em Tavira. Os objetivos desta conversa foram:

- Dar continuidade a todo o trabalho de prevenção primária da toxicodependência que foi realizado;
- Dar a conhecer a participação dos alunos nesta atividade;
- Ouvir o testemunho dos alunos relativamente à atividade e à temática em questão;

- Ouvir a opinião de especialistas na área;
- Recolher informação através testemunho dos alunos sobre o impacto deste tipo de atividades de maneira a concluir relativamente às metodologias utilizadas para a Prevenção Primária da Toxicodependência.

Esta conversa contou com a presença:

- De alunos que participaram na atividade em Tavira;
- De nenhum dos encarregados de educação (ainda que depois de informados e convidados, nenhum apareceu);
- De todos os Professores que participaram e foram responsáveis por esta atividade;
- Do Psicólogo ao serviço do Ministério da Educação, Dr. Ângelo de Sousa (moderador de toda a conversa);
- Da Professora de Educação Física ao serviço do Ministério da Educação, Dr.^a Graça Sardo;
- Do grupo de autoras deste trabalho, Professoras estagiárias que dinamizaram toda a sessão;
- Dos dois Orientadores de Estágio, da escola e da Faculdade, Dr. José Tomaz e Dr. Marcos Onofre, respetivamente.
- A Prevenção Através de Cartazes

Foram afixados por toda a escola uma semana antes da “conversa com os alunos” os cartazes alusivos à Prevenção Primária da Toxicodependência.

Esses cartazes dão relevância aos aspetos familiares, de saúde, de alternativas de ocupação de tempos livres e de projetos para o futuro que no fundo foram alguns dos fatores que os alunos consideraram importantes para que as pessoas não se envolvessem na droga. Para além disso, são os fatores cientificamente comprovados que podem levar as pessoas a envolverem-se ou não com drogas, dependendo sempre do contexto em questão.

7. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tabela 3 - Ocupação dos Tempos Livres dos Inquiridos

1.	PRATICAR DESPORTO	37
2.	LER	13
3.	ESTUDAR	9
4.	OUVIR MUSICA	41
5.	ACTIVIDADES DOMÉSTICAS	7
6.	PASSEAR COM AMIGOS	31
7.	NAMORAR	23
8.	PRATICAR ACTIVIDADES ILÍCITAS	2
9.	OUTRAS: CINEMA, TELEVISÃO, COMPUTADOR, MOTA	5

Pode constatar-se que a maioria dos alunos ocupa os tempos livres através da prática de atividades desportivas, bem como a ouvir música.

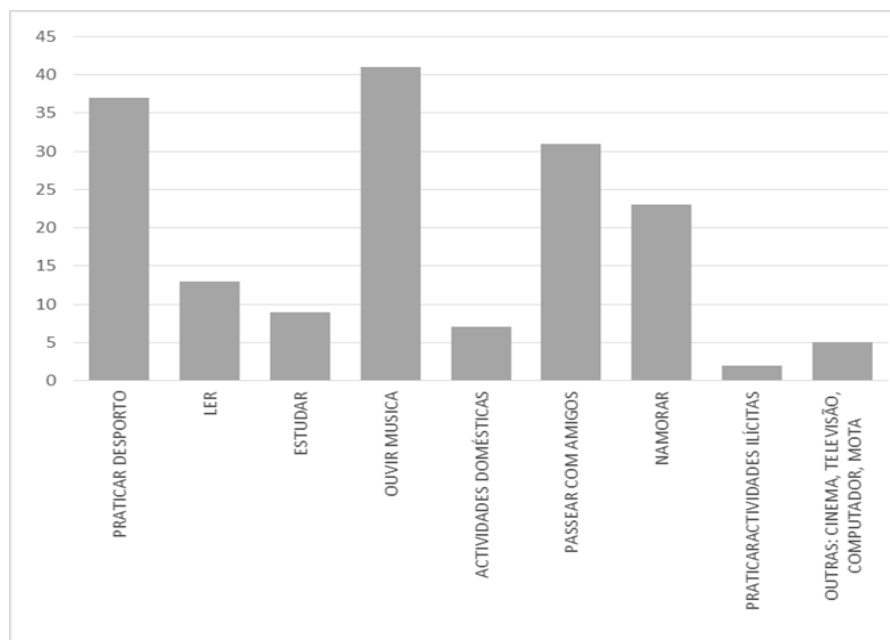


Figura 3 - Ocupação dos Tempos Livres dos Inquiridos

1. És fumador?

Quanto a esta questão, 83% dos alunos afirmam que não são fumadores.

SIM	NÃO
7	34

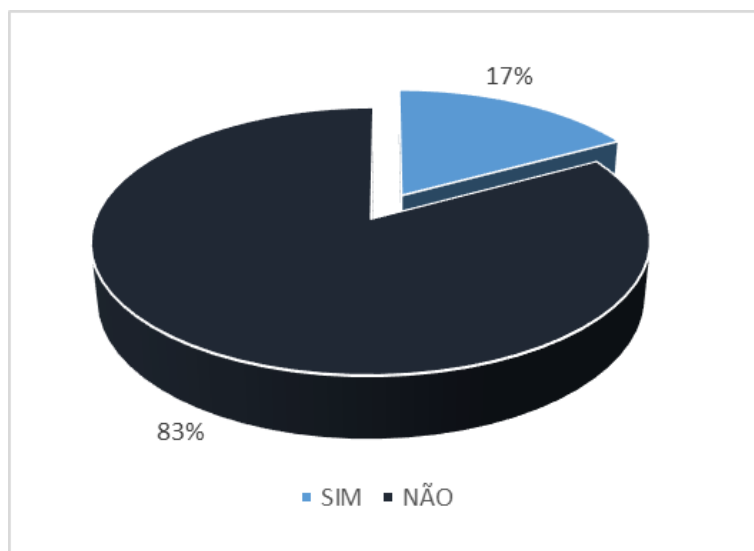


Figura 4 – Distribuição Percentual de Fumadores e Não Fumadores

2. Já alguma vez experimentaste algum tipo de droga (ecstasy, haxixe, heroína, cocaína, etc.)?

SIM	NÃO
6	35

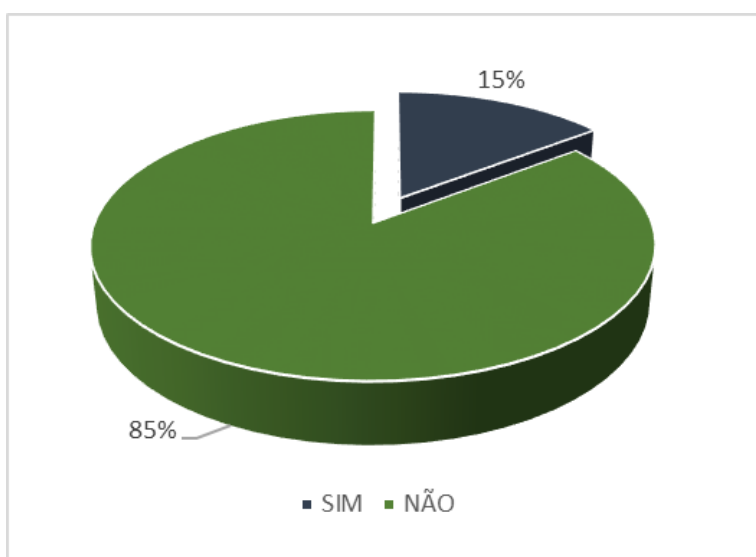


Figura 5 – Distribuição Percentual de Inquiridos que Experimentaram e Não Experimentaram Droga

Quanto à experiência de consumo de drogas, 15% dos alunos afirmam já ter experimentado, sendo que os restantes 85% afirmam nunca ter experimentado qualquer tipo de drogas.

3. Se sim, gostaste?

Dos alunos que experimentaram, todos eles afirmaram ter gostado da experiência.

SIM	NÃO
6	0

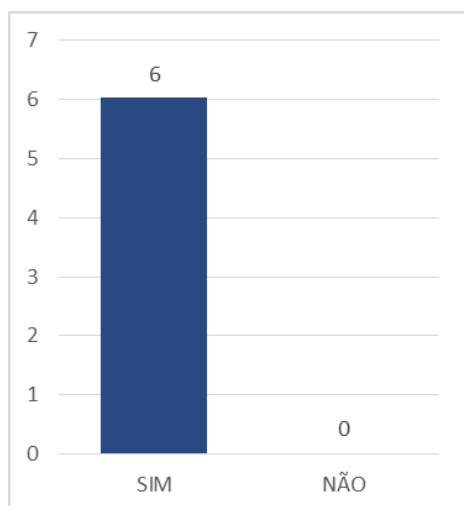


Figura 6 – Quantidade de Inquiridos que Gostaram da Experiência

4. Consomes droga com regularidade (ecstasy, haxixe, heroína, cocaína, etc.)?

Entre os alunos anteriores nenhum admite consumir drogas com regularidade.

SIM	NÃO
0	41

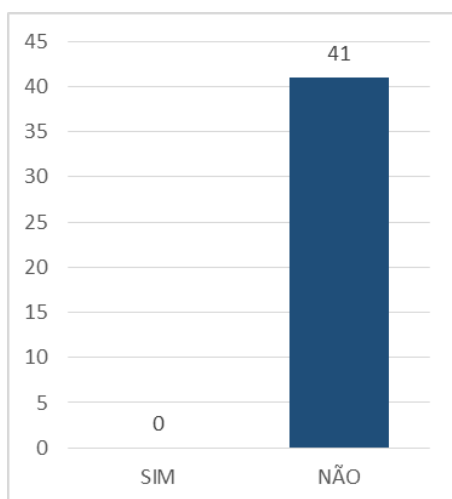


Figura 7 – Quantidade de Inquiridos que Consome Drogas com Regularidade

5. O que farias a um amigo que estivesse a iniciar-se no consumo de drogas?

Tabela 4 – Tipo de Conselhos que os Inquiridos Dariam

1. ACONSELHAVA-O A NÃO O FAZER	29
2. PREVENIA-O DAS CONSEQUÊNCIAS	4
3. CHAMÁVA-O À RAZÃO	5
4. TENTAVA AJUDÁ-LO COM OS SEUS PROBLEMAS	4
5. TENTAVA OCUPAR COM ELE OS TEMPOS LIVRES	1
6. MOSTRAVA-LHE COMO APROVEITAR A VIDA SEM DROGAS	1
7. SEM RESPOSTA	1
8. DÁVA-LHE EXEMPLOS PRÁTICOS DE OUTRAS PESSOAS	1

Relativamente a esta pergunta, a grande maioria dos alunos responde que aconselhava o amigo a não o fazer. Esta conclusão é explícita no seguinte gráfico:

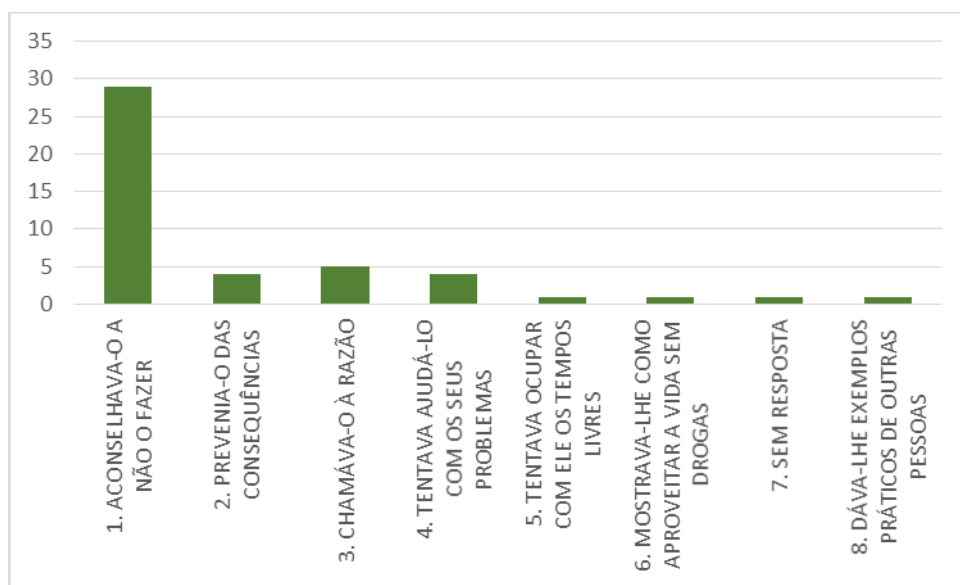


Figura 8 – Tipo de Conselhos que os Inquiridos Dariam

6. Que razão darias a um toxicodependente para que ele deixasse a droga?

Tabela 5 – Tipo de Incentivo Invocado pelos Inquiridos para Abandono da Droga

1. TODOS OS PERIGOS E DIFICULDADES POR QUE IRIA PASSAR	3
2. QUE PENSASSE NA FAMÍLIA/FILHOS/AMIGOS	5
3. QUE A DROGA FAZ MAL/ESTRAGA A VIDA	13
4. QUE PROCURASSE UM CENTRO DE APOIO PARA O AJUDAR	1
5. POR PROCURA DE FELICIDADE E SAÚDE	4
6. POR AMOR À VIDA, PORQUE HÁ MANEIRAS MELHORES DE GOZAR A VIDA	10
7. SEM RESPOSTA	3
8. QUE A DROGA LEVA À MORTE E A VIDA É SÓ UMA	3
9. PORQUE TRAZ-LHE PROBLEMAS DE ADAPTAÇÃO NA SOCIEDADE	1
10. PORQUE PREJUDICA A SAÚDE	3
11. PORQUE GASTA MUITO DINHEIRO	1

Relativamente às razões que os alunos davam a um toxicodependente para que este deixasse a droga, a maior parte das respostas foram a de que a droga estraga a vida e a de por amor à vida.

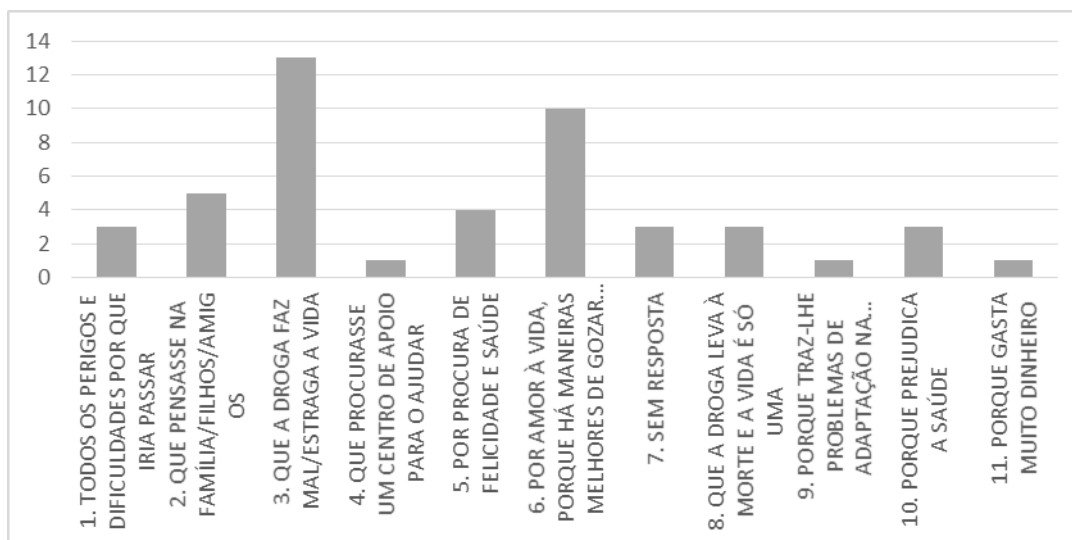


Figura 9 – Tipo de Incentivo Invocado pelos Inquiridos para Abandono da Droga

Questionário do “Antes da atividade”

1. Na tua opinião, enuncia 5 razões que podem levar as pessoas a envolver-se na droga. Enuncia-as por ordem de importância, ou seja, da mais importante para a menos importante.

No que diz respeito a esta pergunta, os resultados foram os seguintes:

1ª Opção

Tabela 6 – Razões Invocadas pelos Inquiridos como Causadoras de Início de Consumo de Droga

1. DESINTERESSE ESCOLAR	1
2. PERDA DE ENTE QUERIDO	2
3. INFLUÊNCIAS/AMIGOS/COMPANHIAS	12
4. PROBLEMAS FAMILIARES	16
5. CURIOSIDADE	3
6. PROCURA DE INDEPENDÊNCIA	1
7. FALTA DE INFORMAÇÃO	1
8. POR OPÇÃO PRÓPRIA	3
9. PROBLEMAS CONJUGAIS	1
10. INCONSCIÊNCIA	1

A importância da família é sem dúvida a opção mais apoiada, seguida da influência dos amigos.

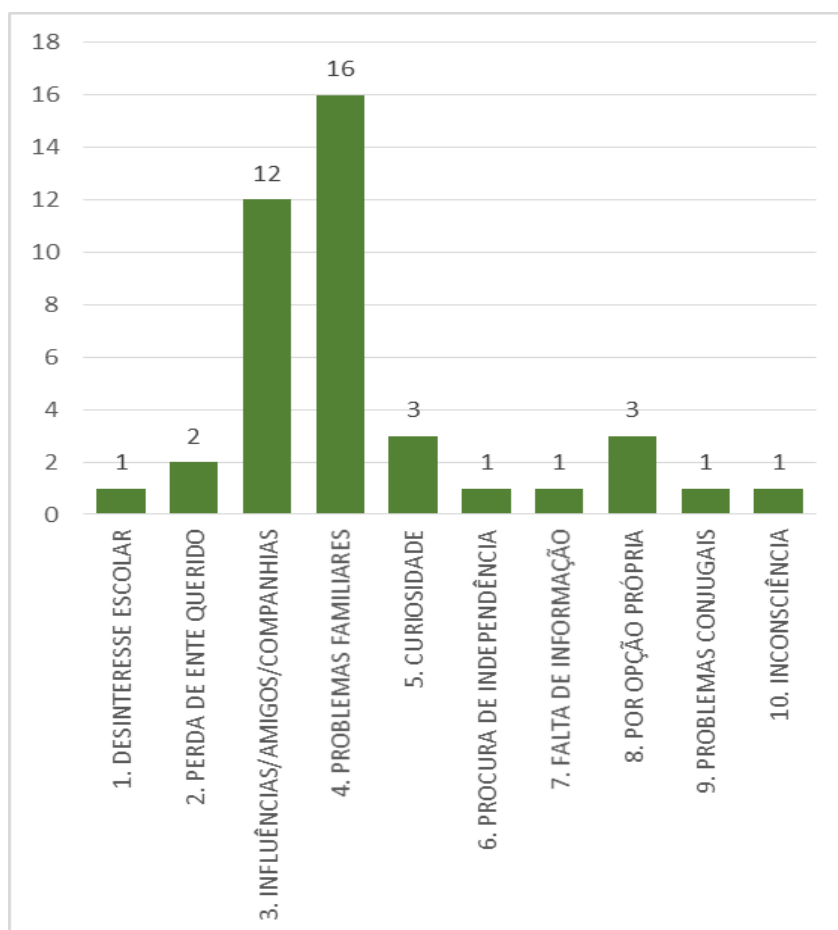


Figura 10 – Razões Invocadas pelos Inquiridos como Causadoras de Início de Consumo de Droga

Como 2ª opção pode observar-se no seguinte quadro e mais evidente no gráfico que aquilo que os alunos consideram mais importante, a seguir à família da 1ª opção, são novamente as influências que os amigos assumem nos seus comportamentos e nas suas decisões/opções de vida.

2ª Opção

Tabela 7 – Fatores Desencadeadores do Consumo de Droga

1. DIFICULDADES DE ADAPTAÇÃO AO MEIO	1
2. DIFICULDADES ECONÓMICAS	4
3. INFLUÊNCIAS/AMIGOS/COMPANHIAS	15
4. PROBLEMAS FAMILIARES	6
5. CURIOSIDADE	7
6. LOCAL DE RESIDÊNCIA	2
7. SOLIDÃO	1
8. POR OPÇÃO PRÓPRIA	1
9. PROBLEMAS CONJUGAIS	3
10. GANÂNCIA	1

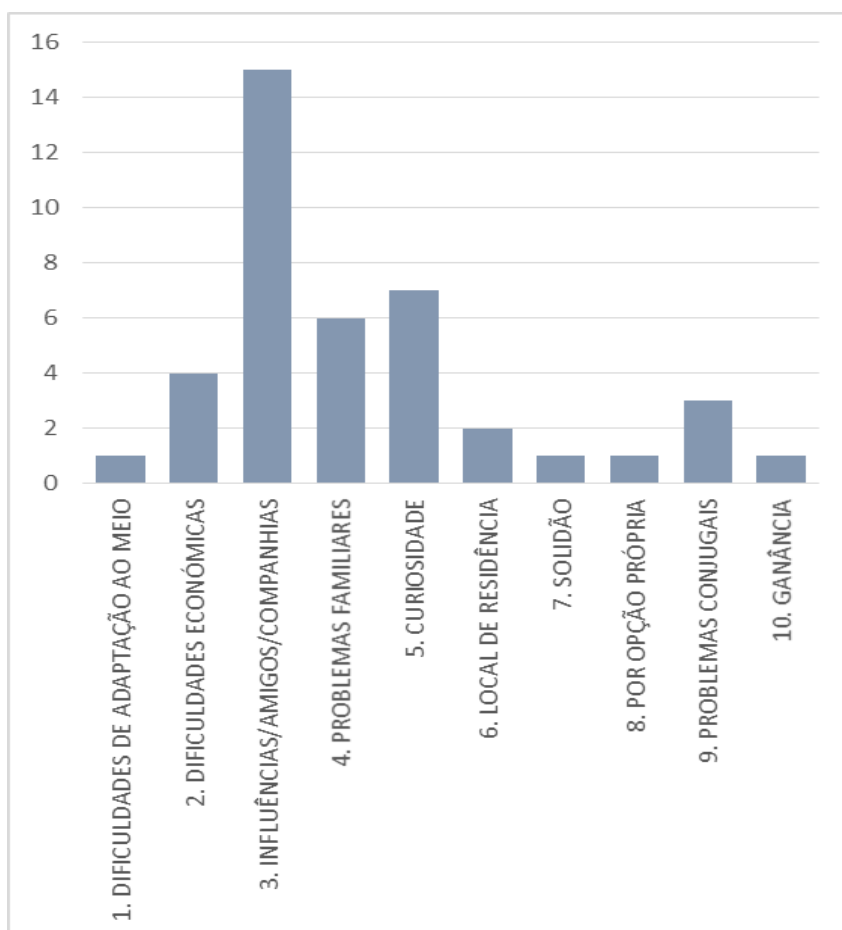


Figura 11 – Fatores Desencadeadores do Consumo de Droga

Na terceira opção, observa-se basicamente o mesmo que na opção anterior.

3ª Opção

Tabela 8 – Fatores Desencadeadores do Consumo de Droga

1. EDUCAÇÃO	1
2. DIFICULDADES ECONÓMICAS	4
3. INFLUÊNCIAS/AMIGOS/COMPANHIAS	11
4. PROBLEMAS FAMILIARES	7
5. CURIOSIDADE	3
6. LOCAL DE RESIDÊNCIA	1
7. FALTA DE INFORMAÇÃO	4
8. SOLIDÃO	2
9. AFIRMAÇÃO SOCIAL	1
10. PROBLEMAS DE SAÚDE	1
11. FALTA DE APOIO E COMPREENSÃO	1

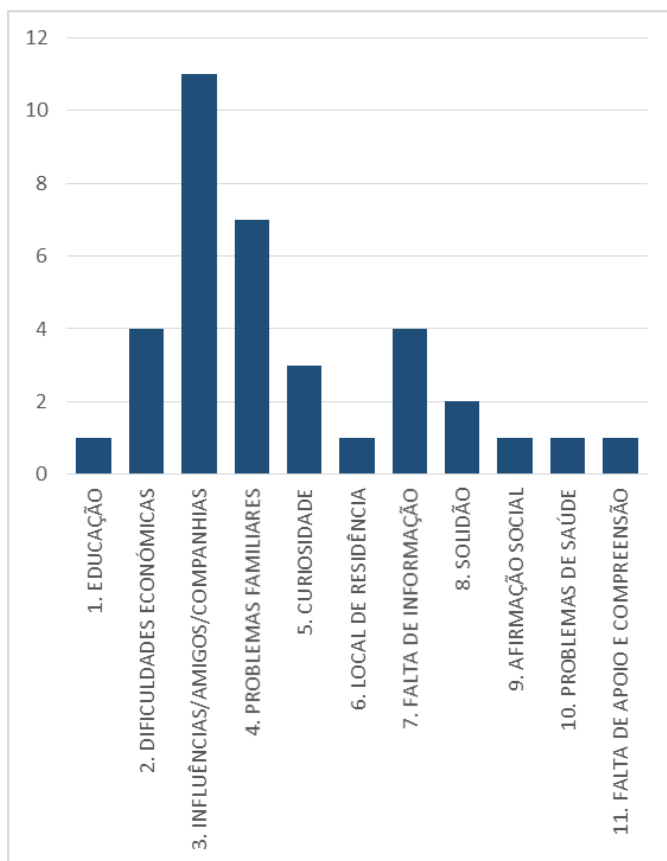


Figura 12 – Fatores Desencadeadores do Consumo de Droga

Relativamente à 4ª opção, as escolhas vão essencialmente para a curiosidade que os alunos mostram para experimentar consumir drogas.

4ª Opção

Tabela 9 – Fatores Desencadeadores do Consumo de Droga

1. EDUCAÇÃO	3
2. DIFICULDADES ECONÓMICAS	2
3. INFLUÊNCIAS/AMIGOS/COMPANHIAS	4
4. PROBLEMAS FAMILIARES	4
5. CURIOSIDADE	6
6. LOCAL DE RESIDÊNCIA	2
7. FALTA DE INFORMAÇÃO	3
8. SOLIDÃO	3
9. INSUCESSO NO TRABALHO/DESEMPREGO	2
10. PROBLEMAS DE SAÚDE	2
11. PROCURAR INDEPENDÊNCIA	1
12. MOSTRAR MATURIDADE	1
13. POR OPÇÃO PRÓPRIA	1
14. PROBLEMAS CONJUGAIS	2
15. ANSIEDADES/STRESS	1
16. OBRIGAÇÃO/CHANTAGEM	1
17. GANÂNCIA	1

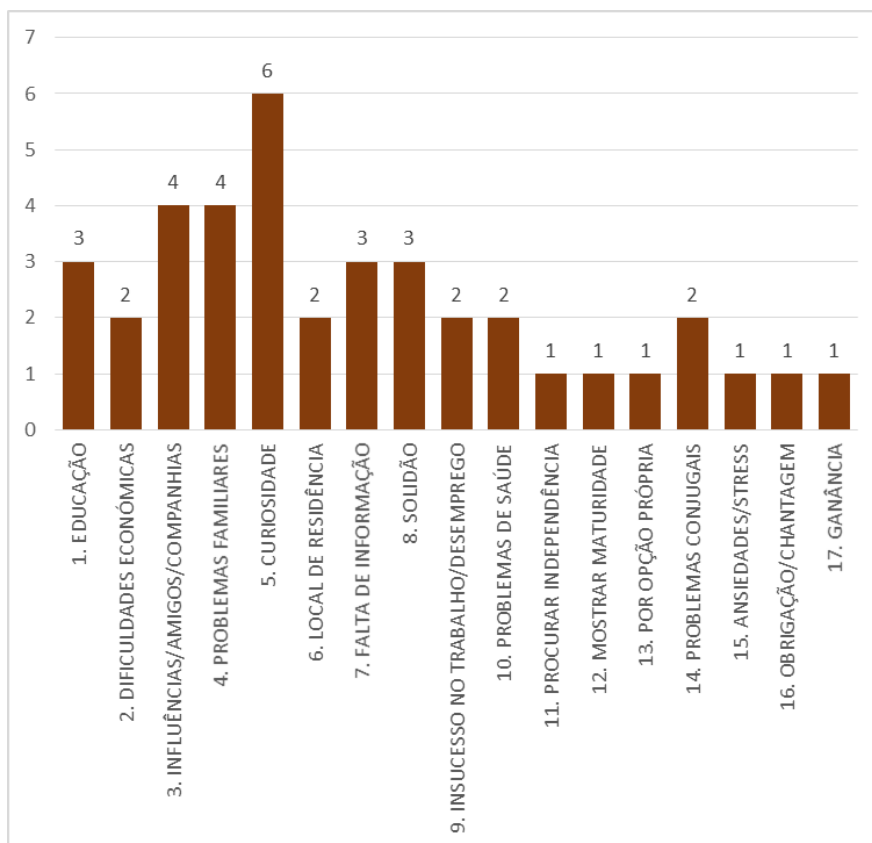


Figura 13 – Fatores Desencadeadores do Consumo de Droga

No que diz respeito à 5ª opção mais uma vez é a curiosidade que assume o papel principal, seguindo-se depois da solidão que também é importante salientar.

5ª Opção

Tabela 10 – Fatores Desencadeadores do Consumo de Droga

1. ANSIEDADE/STRESS	1
2. SOLIDÃO	5
3. INCONSCIÊNCIA	3
4. FALTA DE OCUPAÇÃO DE TEMPOS LIVRES	1
5. DESINTERESSE NA VIDA	1
6. DIFICULDADES ECONÓMICAS	1
7. CURIOSIDADE	7
8. FALTA DE APOIO E COMPREENSÃO	2
9. PROBLEMAS CONJUGAIS	2
10. CAMINHO MAIS FÁCIL	2
11. POR OPÇÃO PRÓPRIA	4
12. FALTA DE INFORMAÇÃO	3
13. OBRIGAÇÃO/CHANTAGEM	3
14. INSUCESSO NO TRABALHO/DESEMPREGO	1
15. INFLUÊNCIAS/AMIGOS/COMPANHIAS	1

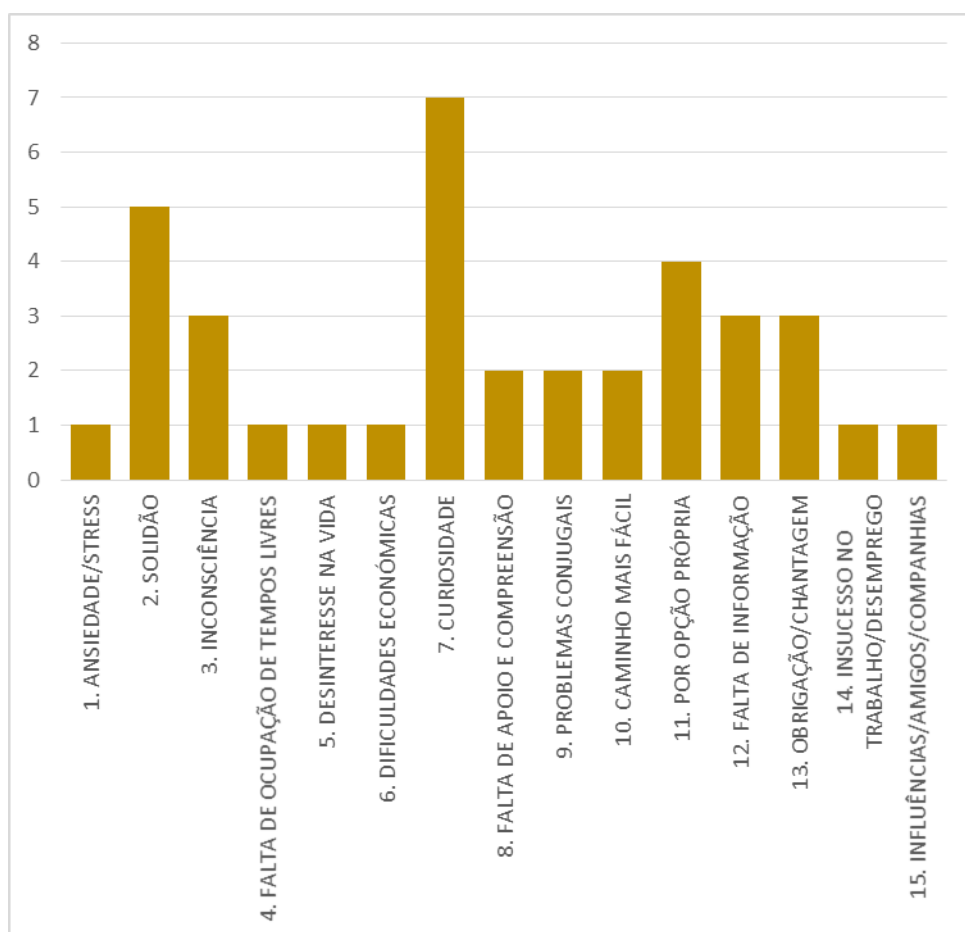


Figura 14 – Fatores Desencadeadores do Consumo de Droga

2. Na tua opinião, enuncia 5 razões que podem levar as pessoas a não se envolverem na droga. Enuncia-as por ordem de importância, ou seja, da mais importante à menos importante.

No que diz respeito a esta pergunta, os resultados foram os seguintes:

1ª Opção

Tabela 11 – Fatores Dissuasores do Consumo de Droga

1. APOIO FAMILIAR	11
2. INFORMAÇÃO	7
3. VALOR DA VIDA	4
4. FILHOS/CRIANÇAS	2
5. PROBLEMAS DE SAÚDE	7
6. MORTE	1
7. AMIGOS	3
8. PLANOS PARA O FUTURO	3
9. CONSEQUÊNCIAS	5
10. NAMORADA	1

Aqui, ao contrário da 1ª opção na primeira pergunta, os amigos já não apresentam um papel tão relevante. Este facto é curioso e será tido em conta nas conclusões.

Da mesma forma a família continua a ter um papel primeiro, quer seja no que diz respeito às razões para se envolverem em drogas ou quer seja pelas razões para não se envolverem com droga.

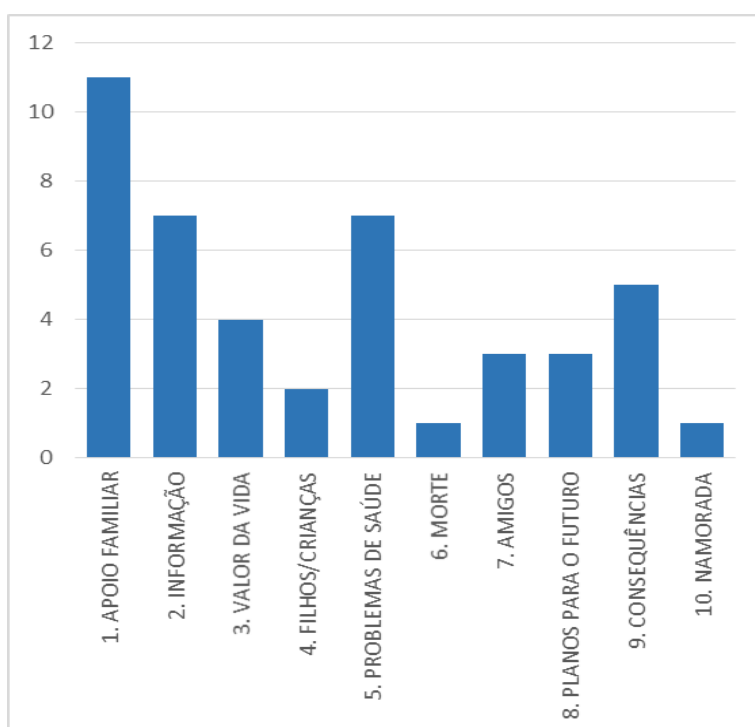


Figura 15 – Fatores Dissuasores do Consumo de Drogas

Na 2ª opção todas as escolhas já começam a ter importâncias menores, continuando de qualquer forma a família como mais importante.

2ª Opção

Tabela 12 – Fatores Dissuasores do Consumo de Drogas

1. DEPENDÊNCIA	1
2. CONSEQUÊNCIAS	1
3. REALIDADE	1
4. INFORMAÇÃO	4
5. OCUPAÇÃO TEMPOS LIVRES	1
6. DETERMINAÇÃO	3
7. NÃO GOSTAR	1
8. NAMORADO(A)	1
9. FAMÍLIA	8
10. SAÚDE	1
11. DEGRADAÇÃO	1
12. AMIGOS	8

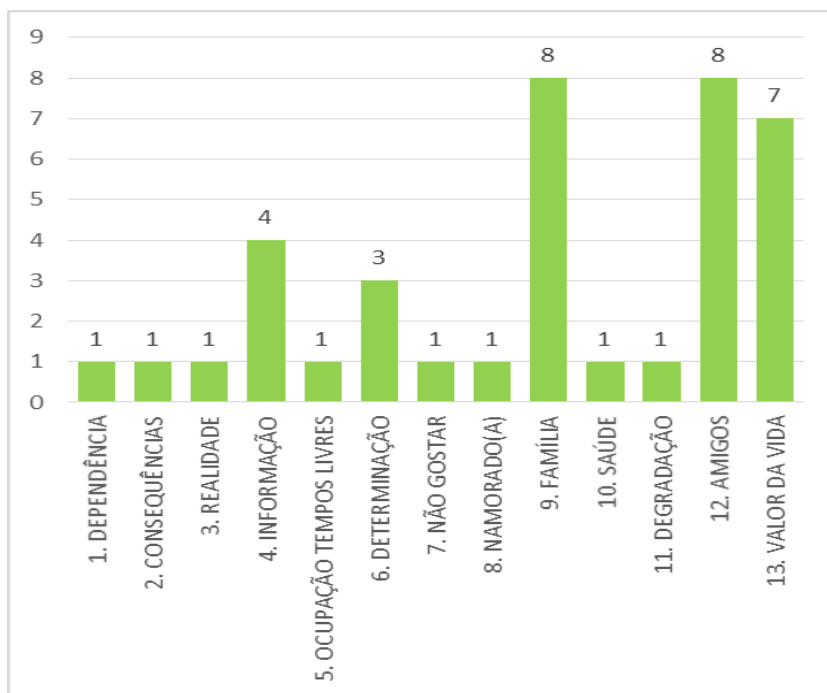


Figura 16 – Fatores Dissuasores do Consumo de Droga

Na 3ª opção repete-se a situação anterior.

3ª Opção

Tabela 13 – Fatores Dissuasores do Consumo de Droga

1. CRIA DIFICULDADES FINANCEIRAS	1
2. DESPORTO	3
3. EDUCAÇÃO QUE TEVE	1
4. CONSEQUÊNCIAS	2
5. FAMÍLIA	6
6. OCUPAÇÃO TEMPOS LIVRES	3
7. VALOR DA VIDA	3
8. DETERMINAÇÃO	2
9. INFORMAÇÃO	3
10. MATRIMÓNIO	1
11. TRABALHO	1
12. DEGRADAÇÃO	3
13. SAÚDE	3
14. AMIGOS	7

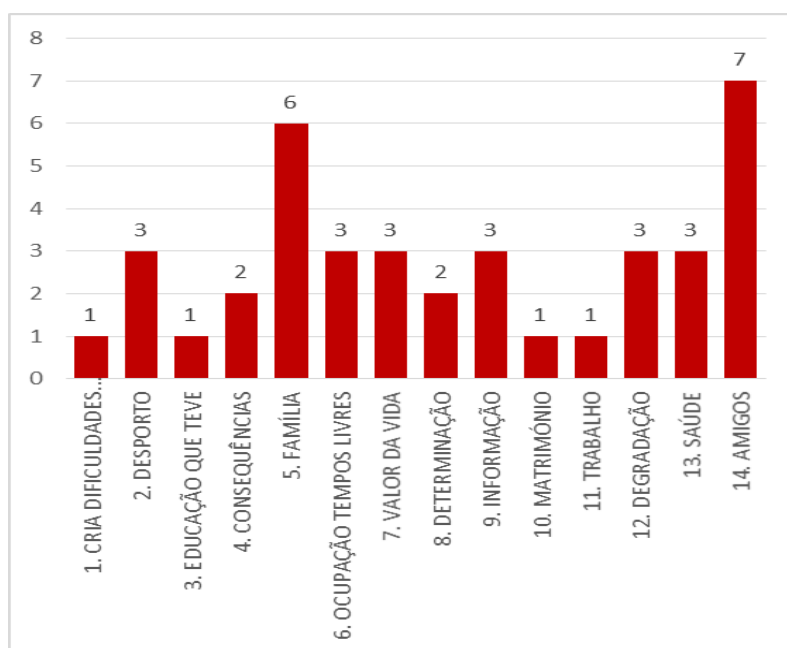


Figura 17 – Fatores Dissuasores do Consumo de Droga

Na 4ª opção, os amigos voltam novamente a ter um número de escolas significativas.

4ª Opção

Tabela 14 – Fatores Dissuasores do Consumo de Droga

1. DESPORTO	2
2. EDUCAÇÃO QUE TEVE	1
3. CONSEQUÊNCIAS	2
4. FAMÍLIA	3
5. VALOR DA VIDA	1
6. DETERMINAÇÃO	4
7. INFORMAÇÃO	3
8. TRABALHO	1
9. SAÚDE	5
10. AMIGOS	9
11. TER UMA SITUAÇÃO FINANCEIRA ESTÁVEL	1
12. HIGIENE	1
13. MOTIVOS FINANCEIROS	2

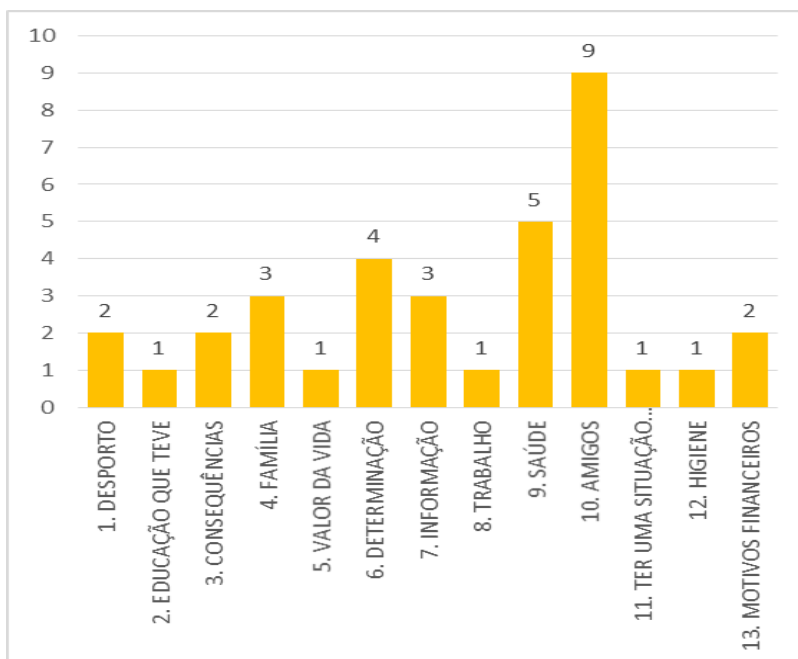


Figura 18 – Fatores Dissuasores do Consumo de Droga

Por último na 5ª opção já nenhuma das escolas teve uma importância significativa

5ª Opção

Tabela 15 – Fatores Dissuasores do Consumo de Droga

1. DESPORTO	3
2. FAMÍLIA	1
3. DETERMINAÇÃO	3
4. INFORMAÇÃO	3
5. SAÚDE	2
6. AMIGOS	4
7. OCUPAÇÃO TEMPOS LIVRES	1
8. TRABALHO	3
9. MOTIVOS FINANCEIROS	1
10. REALIDADE	2
11. PLANOS PARA O FUTURO	4
12. DEGRADAÇÃO	2

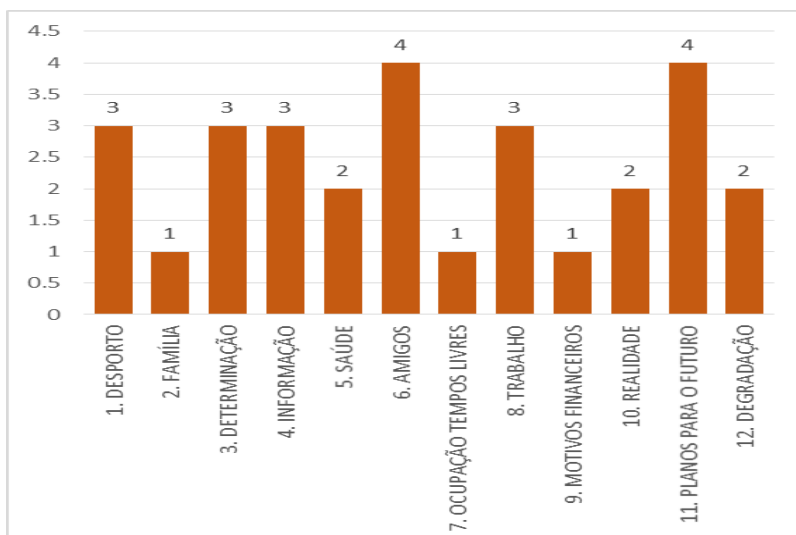


Figura 19 – Fatores Dissuasores do Consumo de Droga

Questionário do “Depois da atividade”

1. Na tua opinião, enuncia 5 razões que podem levar as pessoas a envolver-se na droga. Enuncia-as por ordem de importância, ou seja, da mais importante para a menos importante.

No que diz respeito a esta pergunta, eis os resultados:

1ª Opção

Tabela 16 – Fatores Desencadeadores do Consumo de Droga

1. INFLUÊNCIAS/AMIGOS/COMPANHIAS	20
2. PROBLEMAS FAMILIARES	14
3. CURIOSIDADE	4
4. POR OPÇÃO PRÓPRIA	1

2ª Opção

Tabela 17 – Fatores Desencadeadores do Consumo de Droga

1. DIFICULDADES DE ADAPTAÇÃO AO MEIO	1
2. DIFICULDADES ECONÓMICAS	1
3. INFLUÊNCIAS/AMIGOS/COMPANHIAS	11
4. PROBLEMAS FAMILIARES	8
5. CURIOSIDADE	5
6. LOCAL DE RESIDÊNCIA	2
7. PERTURBAÇÕES PSICOLÓGICAS	1
8. POR OPÇÃO PRÓPRIA	2
9. PROBLEMAS CONJUGAIS	2
10. GANÂNCIA	2
11. FALTA DE APOIO E COMPREENSÃO	1
12. DESINTERESSE ESCOLAR	4

3ª Opção

Tabela 18 – Fatores Desencadeadores do Consumo de Droga

1. AMOR À VIDA	1
2. DIFICULDADES ECONÓMICAS	1
3. INFLUÊNCIAS/AMIGOS/COMPANHIAS	6
4. PROBLEMAS FAMILIARES	6
5. CURIOSIDADE	2
6. LOCAL DE RESIDÊNCIA	3
7. FALTA DE INFORMAÇÃO	2
8. DESINTERESSE ESCOLAR	3
9. FALTA DE APOIO E COMPREENSÃO	2
10. GANÂNCIA	1
11. SEXUALIDADE	1
12. POR OPÇÃO PRÓPRIA	4
13. PROBLEMAS CONJUGAIS	6
14. NAMORADOS(AS)	1

4ª Opção

Tabela 19 – Fatores Desencadeadores do Consumo de Droga

1. FUGA DA REALIDADE	1
2. DIFICULDADES ECONÓMICAS	2
3. INFLUÊNCIAS/AMIGOS/COMPANHIAS	4
4. CURIOSIDADE	8
5. LOCAL DE RESIDÊNCIA	3
6. FALTA DE INFORMAÇÃO	2
7. SOLIDÃO	3
8. FALTA DE OCUPAÇÃO DE TEMPOS LIVRES	2
9. PROCURA DE INDEPENDÊNCIA	1
10. MOSTRAR MATURIDADE	1
11. POR OPÇÃO PRÓPRIA	2
12. OBRIGAÇÃO/CHANTAGEM	3
13. GANÂNCIA	2

5ª Opção

Tabela 20 – Fatores Desencadeadores do Consumo de Droga

1. DESINTERESSE ESCOLAR	2
2. PROBLEMAS DE SAÚDE	1
3. TER DINHEIRO MUITO CEDO	1
4. FALTA DE OCUPAÇÃO DE TEMPOS LIVRES	1
5. FUGA DA REALIDADE	1
6. DIFICULDADES ECONÓMICAS	2
7. CURIOSIDADE	5
8. PROBLEMAS FAMILIARES	3
9. PROBLEMAS CONJUGAIS	2
10. LOCAL DE RESIDÊNCIA	2
11. POR OPÇÃO PRÓPRIA	4
12. FALTA DE INFORMAÇÃO	5
13. OBRIGAÇÃO/CHANTAGEM	2

2. Na tua opinião, enuncia 5 razões que podem levar as pessoas a não se envolverem na droga. Enuncia-as por ordem de importância, ou seja, de mais importante para a menos importante.

1ª Opção

Tabela 21 – Fatores Dissuasores do Consumo de Droga

1. APOIO FAMILIAR	15
2. INFORMAÇÃO	4
3. VALOR DA VIDA	2
4. CONSCIÊNCIA	3
5. PROBLEMAS DE SAÚDE	2
6. DETERMINAÇÃO	1
7. AMIGOS	3
8. PLANOS PARA O FUTURO	1
9. PROGRAMAS EDUCATIVOS	1
10. TRABALHO	1

2ª Opção

Tabela 22 – Fatores Dissuasores do Consumo de Droga

1. CONSEQUÊNCIAS	1
2. INFORMAÇÃO	3
3. OCUPAÇÃO DE TEMPOS LIVRES	1
4. DETERMINAÇÃO	4
5. NAMORADO(A)	2
6. FAMÍLIA	12
7. SAÚDE	1
8. AMIGOS	15
9. VALOR DA VIDA	2

3ª Opção

Tabela 23 – Fatores Dissuasores do Consumo de Droga

1. NAMORADO(A)	1
2. DESPORTO	1
3. CONSEQUÊNCIAS	4
4. FAMÍLIA	5
5. OCUPAÇÃO TEMPOS LIVRES	1
6. VALOR DA DÍVIDA	3
7. PROGRAMAS EDUCATIVOS	1
8. INFORMAÇÃO	9
9. CONSEQUÊNCIAS	1
10. PLANOS PARA O FUTURO	1
11. SAÚDE	2
12. AMIGOS	5

4ª Opção

Tabela 24 – Fatores Dissuasores do Consumo de Droga

1. OCUPAÇÃO TEMPOS LIVRES	7
2. FILHOS	1
3. EXPERIÊNCIA	1
4. FAMÍLIA	5
5. CONSCIÊNCIA	3
6. DETERMINAÇÃO	3
7. INFORMAÇÃO	3
8. SAÚDE	1
9. AMIGOS	1
10. NAMORADO(A)	1
11. MOTIVOS FINANCEIROS	1
12. PLANOS PARA O FUTURO	1

5ª Opção

Tabela 25 – Fatores Dissuasores do Consumo de Droga

1. DESPORTO	1
2. FAMÍLIA	1
3. DETERMINAÇÃO	3
4. INFORMAÇÃO	3
5. SAÚDE	3
6. AMIGOS	2
7. OCUPAÇÃO TEMPOS LIVRES	2
8. CONHECIMENTO DE CASOS	1
9. CONSCIÊNCIA	1
10. CONSEQUÊNCIAS	1
11. PLANOS PARA O FUTURO	1

Em suma, serão apresentados os resultados obtidos pelos alunos nos diferentes momentos, antes e após atividade e, através da comparação com outras investigações, os resultados serão discutidos.

Como se pode constatar, não são grandes as diferenças entre os resultados dos questionários feitos antes da realização da atividade e os resultados dos questionários feitos após a atividade.

7.1. A conversa com os alunos posteriormente à atividade

Considera-se que só o facto de a quase totalidade dos alunos ter participado nesta “conversa” realça a importância da atividade realizada em Cabanas de Tavira.

Os alunos mostraram-se disponíveis (mais uma vez) para participar e debater a problemática em questão.

Isto basta para que se comprove a importância deste tipo de iniciativas e para que seja possível ver que os jovens se sensibilizam com ela.

Vale a pena dar continuidade a este tipo de intervenções, uma vez que se concluiu que nesta conversa os alunos sentiram que tudo foi realizado para eles.

A análise das Informações Obtidas

Após todo o trabalho realizado no sentido da Prevenção Primária da Toxicodependência, foi possível fazer uma grande recolha de informações quer da atividade realizada em Tavira, quer dos questionários realizados aos alunos, e ainda da “conversa” após a atividade.

Segundo a bibliografia, concluiu-se que a melhor forma de analisar esta informação é segundo o “Modelo de Ação Racional” defendido e utilizado por vários Psicólogos, e entre eles, o conhecido Prof. Doutor Sidónio Serpa.

Este modelo começa por definir a Ação Racional como uma ação que deriva do facto de as pessoas considerarem as implicações das suas ações antes de decidirem aderir ou não a determinado comportamento.

Neste modelo desenvolvido por Ajzen e Fishbein (1980), as ações com relevância social estão perante um controlo volitivo e é segundo este que as intenções originam o seu comportamento.

O controlo volitivo é definido como um comportamento que está sobre o controlo do indivíduo, não requerendo destrezas, habilidades, oportunidades ou cooperações com outros, mas apenas motivação.

Para estes autores, o comportamento não é difícil de prever, pois provavelmente a melhor forma e mais eficiente de o determinar passa pela identificação das intenções que antecedam esse comportamento. Mesmo considerando que não existe uma relação perfeita entre comportamentos e intenções, é relevante considerar que os indivíduos atuam normalmente de acordo com estas. Segundo Conner & Armitage (1998), as intenções representam a motivação das pessoas em desempenhar um comportamento consciente e dependem, por sua vez, de dois determinantes:

1. Atitude relativamente ao comportamento e normas subjetivas.

O primeiro aspeto diz respeito a um julgamento positivo ou negativo relativamente ao comportamento em causa, enquanto o segundo se refere à percepção que o indivíduo possui, sobre as pressões sociais favoráveis ou desfavoráveis ao comportamento em questão. De uma forma geral, pode-se referir que a intenção depende da importância atribuída a cada um destes determinantes, os quais por sua vez variam de pessoa para pessoa.

Para alguns comportamentos, as atitudes determinam a tomada de decisão, enquanto para outros são as normas subjetivas que exercem maior influência.

Esta teoria tenta entender também o fundamento das atitudes e das normas subjetivas que dependem da noção de crenças.

Por um lado, as atitudes estão associadas às crenças comportamentais, ou sejam se as pessoas acreditam que um comportamento origina consequências positivas, então serão favoráveis à realização desse comportamento.

Por outro lado, as normas subjetivas estão associadas às crenças normativas e, neste caso, surge como aspeto decisivo, a motivação para agir de acordo com o que os indivíduos ou grupos significativos para os sujeitos pensam sobre a operacionalização do comportamento em causa.

Ajzen e Fishbein (1980), admitem que as variáveis externas possam, estar por vezes relacionadas com o comportamento (ex: variáveis sociodemográficas, atitudes gerais, traços de personalidade), embora essa influência se verifique apenas de forma indireta, ou seja, com a medição de outras componentes incluídas nessa teoria.

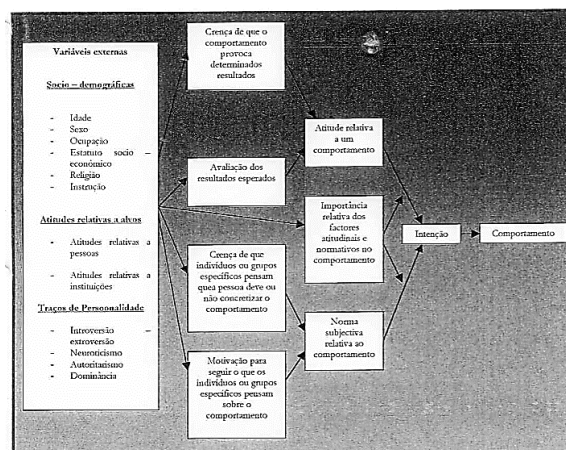


Figura 20 – Variáveis Externas com Influência no Consumo de Droga

Este modelo pode ser aplicado à rejeição do consumo de drogas.

Desta forma, a intenção de um indivíduo de não consumir drogas dependerá em parte da sua atitude relativamente a esse comportamento que, por sua vez, resulta das crenças que o indivíduo possui sobre ele (ex: se não consumir drogas evito possíveis problemas graves de saúde e continuo a dar valor à vida) e da percepção que faz sobre as suas consequências (é desejável ter comportamentos saudáveis e dar um sentido à vida).

As intenções de não se drogar, dependem ainda de normas subjetivas que têm origem nas crenças normativas (ex: a minha família e o meu professor acham que não devo consumir drogas) e a motivação do sujeito para corresponder às expectativas dos outros (ex: quero fazer o que a minha família e o meu professor desejam que eu faça).

O controlo volitivo e a adequação dos modelos para diferentes comportamentos

Apesar do reconhecido sucesso da teoria da ação racional, alguns problemas relacionados com esta teoria mantiveram-se sem resolução, nomeadamente no que diz respeito à transição entre as respostas verbais e o comportamento real.

De acordo com Ajzen e Madden (1986), o principal pré-requisito para que esta consistência se verifique, é o controlo volitivo que ocorre quando o comportamento está completamente sob o controlo do indivíduo, ou seja, depende apenas do sujeito o facto de o realizar ou não. Neste sentido, quanto mais o comportamento depender da presença de oportunidades e recursos adequados (ex: cooperação com outras pessoas, tempo, dinheiro, etc.) menor é o controlo volitivo e, consequentemente menor é o valor preditivo da teoria da ação racional sobre esse comportamento.

Este aspeto parece ser particularmente importante, pois a escolha de um modelo concetual de estudo, depende do tipo de comportamento em causa e do seu respetivo controlo volitivo. Desta forma, por um lado existem comportamentos em que se verificam apenas alguns, ou até mesmo nenhuns problemas de controlo, enquanto noutro extremo são observados comportamentos sobre os quais existe relativamente pouco controlo. Para as pessoas “normais”, ler um livro poderá não constituir qualquer tipo de problema a nível de controlo, mas este surge quando, por exemplo, se tenta eliminar hábitos como o consumo de drogas (Ajzen & Madden, 1986).

De acordo com Strolble e Strolbe (1995), a falta de controlo anteriormente referida tem como justificação o impacto que as experiências passadas do sujeito exercem sobre o comportamento, uma vez que tais experiências refletem a influência dos fatores que não estão sobre o controlo volitivo do indivíduo.

É então colocado em causa o valor preditivo da teoria da ação racional para determinados comportamentos, particularmente para aqueles que se relacionam com o consumo de álcool, drogas e tabaco, cujo abandono raramente tem sucesso à primeira tentativa.

A par da falta de controlo, o hábito é outro fator que contribui para a realização de um comportamento sem que seja necessária a motivação.

De facto, existem ações habituais que são desenvolvidas sem qualquer intenção, como a de um fumador acender um cigarro sem disso se aperceber.

A nível de envolvimento no comportamento, também deve ser considerado na escola do modelo adequado.

Por exemplo, indivíduos que tenham um passado de alcoolismo, têm um controlo volitivo sobre a bebida inferior a indivíduos que sempre beberam álcool de forma controlada, o que quer dizer que o mesmo comportamento pode variar em função do controlo volitivo (Schlegel *et al.*, 1992).

O mesmo pode passar-se com indivíduos que já experimentaram drogas e aqueles que nunca experimentaram.

8. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Em seguida apresentaremos as principais conclusões desta investigação-ação:

- A esfera família/amigos é sem dúvida um dos pontos fulcrais para o desenvolvimento e a formação pessoal do indivíduo e para a integração deste na sociedade. Sem este suporte poder-se-ão criar fragilidades ao nível da sua formação e consequentemente levá-los-á a adotar comportamentos de risco.
- Hoje em dia não está incutido nos jovens o conceito de corpo saudável. A saúde para os adolescentes é considerada como ausência de doença, quando se sabe que, hoje em dia, esse conceito está mais do que ultrapassado. Há que adotar estilos de vida saudáveis e incutir nos jovens esses hábitos. Não basta informá-los. É necessário também proporcionar-lhes alternativas aliciantes para estes estilos de vida, caso contrário, os jovens não aderem. É necessário divulgar da maneira correta esta ideologia. Há que saber fazê-lo melhor do que os produtores de substâncias ilícitas. A escola é o espaço de eleição para agir de encontro a este grande desafio, visto que no seio das famílias não é possível atuar com tanta eficiência nem tão diretamente.
- Conclui-se ainda que a curiosidade é um dos fatores que levam os jovens a envolver-se na droga. E, isto dá-se mais uma vez pelo simples fato de não serem proporcionadas alternativas que combatam a sua inquietação pessoal.
- O desporto aparece como uma destas alternativas, em que tal como nas drogas, proporciona o prazer, o superar de medos, o desafio (...) Se se levar os jovens a fazer práticas desportivas, estes não irão sentir a necessidade do desafio e do risco, uma vez que o desporto lhes proporciona essas sensações.
- Segundo a Professora Doutora Margarida Matos, especialista no tema e em estudos semelhantes, os resultados obtidos nos questionários antes e depois da atividade, são os esperados. «Não porque a atividade tenha surtido qualquer tipo de efeito no comportamento dos jovens relativamente à toxicodependência, mas porque esta área não é uma área em que se consigam obter resultados num curto espaço de tempo. Estas iniciativas devem ser continuadas e os seus efeitos só são sentidos mais tarde».

- Só através de processos que assentem na valorização das pessoas e na criação de condições que lhes permitam desenvolver todo o seu potencial de saúde e humano, será possível vir a formar novas gerações mais saudáveis e aptas a enfrentar os desafios do futuro.
- As práticas de aventura e risco quando bem conduzidas são excelentes formas de promover o desenvolvimento pessoal e social. A descoberta de outros espaços e realidades (quer na natureza ou na forma de estar) permite um alargamento das referências pessoais e das opções. Contudo, à imagem do que foi anteriormente dito, o risco, a aventura, não são só por si atividades promotoras do desenvolvimento pessoal. Pela especificidade das regras de segurança que envolvem estas práticas, os jovens aprendem a lidar com os limites, a antecipação, o poder de decisão, o sofrimento e a dor, o respeito pelo outro, a confiança, etc. No entanto, é a relação afetiva que envolve o grupo, o espaço para a reflexão, a discussão conjunta no final das atividades, que permitem que as experiências vividas no decurso da atividade ganhem um valor comunicativo, se organizarem em palavras e pensamentos partilháveis, mais próximos da linguagem adulta. O risco e a aventura deverão ser encarados como meios preferenciais para atingir o objetivo final que é a elaboração (pessoal e grupal) das vivências e a integração do que é aprendido no seu dia-a-dia.
- Dos 41 alunos que participaram na atividade, constata-se que todos eles ocupam o seu tempo livre a ouvir música e que entre 75% a 85% deles também ocupam esse tempo a praticar desporto ou com os amigos. Concluiu-se daqui que o caminho para intervenção deve ser, como já referido, de forma a ir de encontro aos interesses. Neste caso, através do desporto, amigos e/ou música.
- Dos 6 alunos que assumiram já ter experimentado drogas, todos afirmam que gostaram da experiência. Não se deverá fazer prevenção por proibição, tentando fazer-los acreditar que a droga “não presta”, porque eles sabem que não é verdade. Deve-se, por sua vez, tentar mostrar aspetos positivos para que eles não se envolvam na droga.
- Nenhum destes jovens assumiu que consumia droga com frequência, e com isso verifica-se que vale a pena, ainda mais nestes jovens, sensibilizá-los para a problemática em questão.

- Mais de 50% dos alunos mostraram ter conhecimento de que as drogas “estragam a vida”. Com isto, constata-se que não se está perante casos de falta de informação, mas sim talvez falta de alternativas, de conversas e principalmente de encontrar alguém que os ajude a resolver os problemas com que se deparam.
- Na 1ª e 2ª opção da questão em que se pede para enunciar cinco razões que podem levar as pessoas a envolver-se nas drogas, os alunos referiram os problemas familiares como o motivo mais importante. Tal facto apenas reflete a importância de uma boa estrutura familiar. No entanto, também é importante para estes jovens, terem uma boa estrutura no ambiente escolar e claro, apoio e entreaajuda, sem esquecer a divulgação destes meios. É importante que os jovens vejam a escola como um amigo, como alguém com quem podem desabafar e não como alguém que lhes aponte culpas pelos atos sem tentar perceber as origens dos mesmos.
- Verifica-se também que em segundo lugar nas opções mais votadas na questão anterior, se encontram os amigos e as influências. Já nas razões enunciada pelos mesmos para as pessoas não se envolverem na droga, o papel dos amigos e das influências já não é tao importante. Tudo isto significa que os jovens têm mais facilidade em levar a opinião dos amigos para o consumo das drogas do que para o contrário. Os amigos são mais importantes, como má influência, do que como uma boa. Novamente, a escola deverá assumir uma posição crucial face a este problema.
- Por último, conclui-se que através de todo o estudo feito e de toda a bibliografia consultada, que o trabalho desenvolvido em Cabanas de Tavira e no seguimento desta atividade foi sem dúvida um passo importante na Prevenção Primária da Toxicodependência, uma vez que deu alternativas aos jovens de ocupação de tempos livres de forma saudável, diferente do quotidiano e lhes permitiu a vivência de novos desafios. Houve também oportunidade de proporcionar aos jovens tempo e espaço de reflexão e debate sobre as atividades e sobre toda a problemática em questão. Sem dúvida, a relação é por excelência o principal instrumento de prevenção e promoção do desenvolvimento pessoa.

9. REFLEXÃO CRÍTICA

A capacidade de investigação e de reflexão são, no principal entender, duas das competências que um professor deve ter. Assim sendo, é possível que o professor seja um agente do progresso no conhecimento e na ação, promovendo novas ideias e provocando alterações sociais.

Neste sentido, considera-se que o professor, através da investigação e da implementação de novas ações, é também um agente do progresso social. Já a reflexão pode ser vista como a capacidade de pensamento de natureza retrospectiva sobre a experiência vivida, tornando-se no momento atual num processo de reestruturação.

A presente reflexão proporciona a oportunidade de refletir, com bastante distanciamento temporal, sobre a investigação-ação desenvolvida no contexto escolar em que se estava inserido, bem como, a compreensão e opção de metodologias escolhidas, face à época.

Existiram também, aspetos positivos e menos positivos, bem como potencialidades e limitações, decorrentes do trabalho de investigação-ação conduzido na ESDD, no entanto, procurou-se que este momento sirva para melhor compreender o passado, o presente e construir o futuro.

De forma mais objetiva, a construção desse futuro passa por refletir sobre algumas daquelas que têm sido as preocupações decorrentes da investigação que se tem vindo a realizar nos últimos anos, nomeadamente, a necessidade de uma prevenção eficaz da toxicodependência através de alteração de comportamentos.

Uma das principais vantagens da investigação desenvolvida, prendeu-se com o impacto que a mesma teve junto dos professores do departamento de Educação Física, bem como dos Professores envolvidos no projeto PPES.

Importa realçar que desde o momento inicial, aquando da apresentação do projeto à comunidade escolar, os professores mostraram-se bastante recetivos com a temática do estudo. Assim, este princípio de continuidade, ou de articulação longitudinal se quisermos, dos projetos de investigação-ação também se constituem como uma mais-valia, permitindo comparar resultados, implementar recomendações, introduzir novas metodologias e variáveis, articulando desta forma vários programas não só da escola bem como dos ministérios, da educação e da saúde.

Salientamos que a Escola, nas suas diferentes áreas, envolveu-se de forma ativa e dinâmica, contribuindo assim, para o sucesso desta investigação-ação.

De acordo com Settertobulte, Jesen e Hurrelmann (2001), citado por Gaspar (2005), a escola é um dos contextos mais frequentados pelos jovens na sociedade atual, representando assim, um papel crucial no desenvolvimento no processo de sociabilização.

Um estudo realizado por Bonny, Britto, Klostermann, Hornung e Slap (2000), com estudantes do secundário, demonstrou que os estudantes com maior ligação à escola descrevem um melhor estado de saúde e um menor uso de álcool e substâncias, comparativamente com estudantes com fracas ligações à escola.

Este estudo revelou ainda, que a ligação à escola foi um dos fatores mais protetores do que qualquer outro fator, incluindo a ligação à família.

Segundo Darling *et al.*, (2005), os adolescentes que participam em atividades extracurriculares apresentam melhores notas, atitudes mais positivas face à escola e aspirações académicas mais elevadas.

Sendo que as atividades extracurriculares proporcionam aos adolescentes oportunidades únicas para a construção e desenvolvimento da própria identidade, através da escolha de diferentes atividades ou ações, dentro de um contexto seguro que não favorece a adoção de comportamentos de risco. Ou seja, o consumo de substâncias ilícitas, de álcool, comparativamente aos contextos não estruturados de lazer social.

Assim, torna-se imprescindível falar-se de prevenção.

Simões, Matos e Batista-Foguet (2006), apresentam quatro aspetos importantes no campo da prevenção:

- 1) Intervir precocemente;
- 2) Promover fatores de proteção dos comportamentos de risco e alternativas a estes mesmos comportamentos;
- 3) Envolver os elementos de referência dos principais contextos de vida;
- 4) Planear intervenções para vários comportamentos-alvo.

Surge então, a necessidade de uma intervenção precoce e adequada, visto que o envolvimento em comportamentos problema aumenta com a idade, e que

determinados comportamentos constituem fatores de risco para o envolvimento de comportamentos mais graves.

Nem todos os jovens experimentam substâncias, no entanto, como medida de prevenção, deve-se promover os fatores de proteção. Parece pois, no seguimento de autores referenciados anteriormente (Matos *et al.*, 2003; Matos, 2005), que qualquer trabalho preventivo de ação direta sobre o indivíduo deve abordar os seus contextos de vida e envolver os seus intervenientes, no sentido de se obter uma diminuição do risco e uma ativação dos recursos de apoio.

Sendo que, a criação de alternativas saudáveis e desafiantes para a ocupação dos tempos livres, as atividades organizadas com os jovens, parecem aspetos fundamentais no campo da prevenção do consumo de substâncias, bem como, a implementação de ações que visem a promoção de competências pessoais e sociais, e em simultâneo, a passagem de informações sobre os comportamentos de risco e as suas consequências, afigura-se como mais um aspeto a realçar.

Outro aspeto importante, quando se fala de proteção e que vem ao encontro da legislação nacional atual, em matéria de prevenção do consumo de substâncias, é a implementação de programas delineados para vários comportamentos problema, ou seja, a investigação e a intervenção realizadas neste campo têm demonstrado que existem diversas razões que apontem neste sentido.

Sendo apontada como uma das principais razões o fato de que os comportamentos problema partilham vários fatores de risco, mas, ao mesmo tempo, vários fatores de proteção.

Este dado vem assim reforçar, não apenas a questão da importância de programas multifocais, mas também na preferência em ações que visem a promoção de fatores de proteção, vista a sua homogeneidade (comparativamente com os fatores de risco) para diversos comportamentos de risco.

Deixa-nos assim, como desafio para um futuro próximo, a continuação do desenvolvimento de uma visão integrada de desenvolvimento psicossocial do jovem, o desenvolvimento da capacidade de mapear os «trunfos» pessoais para a saúde (incluindo aqui os fatores pessoais, familiares, escolares e relativos ao grupo de pares)

e a combinação preferencialmente em fatores positivos e em comportamentos alternativos (Matos, 2007).

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de investigação-ação desenvolvido na ESDD, no ano letivo 2001/2002, permitiu conhecer melhor, agir e mudar alguns aspetos do meio escolar em que o projeto decorreu. No centro do problema estava de que forma é que as atividades de complemento curricular podem apoiar a alteração de comportamentos dos alunos face à toxicodependência.

A realização de uma investigação- ação desta natureza, vem desenvolver uma aproximação entre diferentes pessoas envolvidas no projeto desde a sua conceção, elaboração e conclusão. Não obstante, esta problemática influencia de certa forma as práticas pedagógicas, mas mais importante que isso, influencia a formação e desenvolvimento dos jovens como seres integrantes de uma sociedade.

De forma sucinta, esta investigação-ação permitiu um melhor conhecimento acerca da prevenção primária da toxicodependência, sabendo que ainda existe muito a desenvolver no terreno, sensibilizando e dando a conhecer à Comunidade Educativa a realidade do Sistema Educativo e em particular da Escola Secundária D. Dinis no que diz respeito à Prevenção Primária da Toxicodependência.

Demonstrar ainda o resultado desta investigação-ação na ESDD e investigar sobre as metodologias e estratégias de intervenção para a Prevenção Primária da Toxicodependência com a respetiva fundamentação teórica.

Para além disso, considera-se bem sucedida a tentativa de demonstrar a importância de alternativas de estilos de vida saudáveis através da ocupação de tempos livres com o objetivo de combater o flagelo da toxicodependência, através das atividades organizadas.

A ocupação de tempos livres, através de atividades extracurriculares, durante o nosso estágio, com os núcleos de judo, ginástica e atletismo, demonstrou ser um

excelente meio de prevenção, pois tivemos nos diferentes núcleos, não só alunos que participaram no estudo, bem como outros alunos da escola.

Pelo facto, de durante esse ano, de realizarmos, com os núcleos, iniciativas dentro e fora da escola, através de visitas regulares a clubes, a participação em atividades organizadas pelo desporto escolar e a integração de alguns alunos na vida associativa das modalidades que praticavam.

No meu caso em particular, criei, desenvolvi e acompanhei um grupo de alunos à prática do judo, em que os treinos eram realizados duas vezes por semana na escola, no 1º e 2º período, e no 3º período, passámos a realizar quatro treinos por semana. Passámos a fazer uma visita regular a um clube de judo em Lisboa. Os nossos alunos passaram, a ter oportunidade de treinarem com outros jovens, praticantes de judo, com mais experiência, o que proporcionou, que a maioria dos meus alunos continuasse a fazer judo por mais alguns anos, tendo alguns alunos atingido graduações mais elevadas.

Como já foi citado, quanto mais precocemente se intervir maior se torna a probabilidade de os resultados serem positivos e eficazes. Um utilizador habitual ou um dependente terá mais dificuldade em parar ou reduzir os consumos se a sua história com a droga não for propriamente recente, ou seja, quando um certo grau de dependência estiver já instalado. Assim, estes são alguns dos aspetos positivos que resultaram da investigação-ação.

Tal com o já foi referido anteriormente, um professor com expertise deve apresentar competências e desempenhar funções a vários níveis. Alguns dos fatores da função professor passam por ser um agente no conhecimento e na ação, e do progresso social, onde a capacidade de investigar, decidir, atuar e refletir são fundamentais.

A reflexão crítica realizada, tendo como ponto de partida o trabalho de investigação-ação desenvolvido, permitiu identificar os pontos positivos e menos positivos desse mesmo trabalho. As implicações que isso tem, sob um ponto de vista pessoal, são muitas. Por exemplo, permitiu uma análise sobre o passado, compreender

o presente e contribuir na construção de um melhor futuro no âmbito da prevenção primária da toxicodependência nos jovens.

A nível pessoal este tipo de investigação- ação teve algumas implicações. Por exemplo, nos quatros anos seguintes, enquanto professora de Judo, numa Fundação de solidariedade social, situada no distrito de lisboa, conduzi uma investigação de cariz prático, dirigida às preocupações identificadas por diferentes membros da comunidade escolar (diretores e professores) relacionada com a ocupação de tempos livres através da prática do judo, com jovens e adolescentes que apresentavam alguns problemas sociais, bem como de alguns hábitos nocivos. Esse trabalho permitiu conhecer melhor os contornos de um problema que preocupava os membros daquela comunidade escolar e implementar estratégias que contribuíram para a mudança dos comportamentos dos alunos, adotando desta forma, através da prática do judo, estilos de vida mais saudáveis, bem como, desenvolver a pertença de grupo.

Durante todo esse trabalho, o grupo de trabalho vivenciou um conjunto de experiências a vários níveis na modalidade, tendo partilhado com os atletas portugueses internacionais em várias ações. Também, pelo fato de estar ligada à Federação Portuguesa de Judo e de lidar com jovens atletas dos quinze aos vinte anos, esta investigação-ação, permitiu-me conhecer os hábitos e preferências dos jovens, dando-me de certa forma um conhecimento maior relativamente às idades em questão e desta maneira, poder antecipar alguns comportamentos que se viessem a verificar.

A nível mais geral, e centrando-me agora na minha atividade profissional presente e futura, acredito que a esta reflexão, ao permitir pensar sobre os aspetos positivos e menos positivos da investigação-ação que desenvolvi, mas acima de tudo, senti que aprendi bastante acerca da temática e que tenho mais recursos e que me permitem desenvolver competências na minha atividade profissional. Assim sendo, acredito, por isso, que esta forma de atuar é um excelente instrumento de grandes mudanças tanto a nível pessoal como social.

Por último, não queria terminar sem agradecer a orientação e as oportunidades de aprendizagem proporcionadas pelos orientadores de Escola e de Faculdade, José Tomaz e Marcos Onofre, respetivamente, ao longo do estágio pedagógico e da realização do presente trabalho.

Sinto, que com a vossa ajuda, continuo a dar mais um passo importante numa profissão complexa, que é a do ser professor, mas sem dúvida que o vosso contributo foi fundamental para que se tornasse mais simples.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, pp. 453-474.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Allison, K., Crawford, I., Leone, P., Trickett, E., Perez-Febles, A., Burton, L. & Blanc, R. (1999). Adolescent substance use: Preliminary examinations of school and neighbourhood context. *American journal of Community Psychology*, 27 (2), pp. 111-141.
- Arendt, H. (1997). *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Editora Florense Universitária.
- Assis, S. (2003). A Representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, pp. 669-680.
- Bogdan, R. & Biklen, S., (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bonny, A., Britto, M., Klostermann, B., Hornung, R. & Slap, G. (2000). School disconnectedness: identifying adolescents at risk. *Pediatrics*, 106(5), pp. 1017-21.
- Borsari, B. & Carey, K. (2006). How the quality of peer relationships influences college alcohol use. *Drug and Alcohol Review*, 25(4), pp. 361–370.
- Carta de Bangucoque (2005). *Carta de Bangucoque. Promoção de Saúde num Mundo globalizado*. Retirado de http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Bangkok.htm
- Carta de Ottawa (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, novembro de 1986. Retirado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Conner, M., & Armitage, C. J. (1998). Extending the theory of planned behavior: A review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, pp. 1429-1464.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- Darling, N., Caldwell, L.L., & Smith, R., (2005). Participation in School Based Extracurricular Activities and Adolescent Adjustment. *Journal of Leisure Research*, 37(1), pp. 51-76.
- D'Amico, E. & McCarthy D. (2006). Escalation and Incitation of Younger Adolescent's Substance Use: The impact of Perceived Peer Use. *Journal of Adolescent Health*, 39, pp. 481-487.

- Declaração de Alma-Ata (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Retirado de <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
- Devore, E. R., & Ginsburg, K. R. (2005). The protective effects of good parenting on adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 17, pp. 460–465.
- Fite, P., Colder, C., & O'Connor, R. (2006). Childhood behavior problems and peer selection and socialization: risk for adolescent alcohol use. *Addictive Behavior*, 31 (8), pp. 454-1459.
- Furter, P. (1983). *Les Espaces de la Formation*. CH: Lousanne Presses Polytechniques Romands.
- Gaspar, T. (2005). Saúde e diversidade cultural. In M. Matos (Eds.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 69-78). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In: J. A Steinberg & M. M. Silverman (Orgs.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). M. D: Department of Health and Human Services.
- HBSC. (2009). *Health Behaviour in School-aged Children. A world health organization collaborative cross-national study*. Retirado de <http://www.hbsc.org/publications/international/>
- Hawkins, J. D. & Catalano, R. F. (2005). *Investing in your community's youth: An introduction to the Communities that Care System*. Retirado de <http://download.ncadi.samhsa.gov/Previlne/pdfs/ctc/Investing%20in%20Your%20Youth.pdf>
- Kim, I., Zane N., & Hong, S. (2002). Protective factors against substance use among asian American youth: A test of the peer cluster theory. *Journal of Community Psychology*, 30, pp. 565-584.
- Klein, J. & Auerbach, M. (2002). Improving adolescent health outcomes. *Minerva Pedriatrica*, 54, I, pp. 25-39.
- Kuntsche, E. & Jordan, M. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 167-174.
- Lei Nº 46/1986, de 14 de outubro - Lei de Bases do Sistema Educativo
- Lesne, M. (1976). *Trabalho Pedagógico e Formação de Adultos*. Lisboa: Fundação Gulbenkian.
- Loureiro, I. (Coord.). (2000). *O que é a saúde na escola. Guião orientador. Escolas promotoras de saúde* (1ª ed.). Lisboa: CCPES – Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde, Ministério da Educação.

- Malik, R., Oandasan, I. & Yang (2002). Health promotion, the family physician and youth: Improving the connection. *Family Practice*, 19(5), pp. 523-528.
- Marques, A. (1996). *Consumo de drogas em meio escolar. Linhas de orientação e atuação*. Lisboa: ME.
- Matos, M., Simões, C., Canha, L. & Fonseca, S. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens Portugueses*. Lisboa: FMH Edições.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., & Alves Diniz, J. (2000). *Atividade Física e prática desportiva nos jovens Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS*. Lisboa: FMH/ Programa de Educação para Todos – Saúde.
- Matos, M. G. (2005). *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI/FMH.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J.A., et al (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje e em 8 anos*. Relatório preliminar do estudo HBSC 2006. Retirado de <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>.
- Matos, M.G.& Equipa do Projecto Aventura Social (2003). *Os comportamentos sexuais dos adolescentes portugueses*. Retirado de <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>
- Matos, M. et al. (2010). *Aventura social: a saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo de 2010 da Rede Europeia HBSC/OMS*. Lisboa: Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA.
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M. & Equipa Aventura Social (2014). *A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do Estudo HBSC 2014*. Retirado de <http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/hbsc2014.pdf>
- Michael, K., & Ben-Zur, H. (2007). Risk-taking among adolescents: Associations with social and affective factors. *Journal of adolescence*, 30(18), pp. 17-31.
- Ministério da Educação e Ministério da Saúde (s/d). *Proposta de documento orientador da RNEPS*. Lisboa: ME/MS.
- Ministério da Educação (s/d). *Programa de Promoção e Educação para a Saúde: Relatório Síntese (1994-1996)*. Lisboa: ME.
- Ministério da Saúde (1994). *A Toxicodependência*. Lisboa: Centro das Taipas (Coletânea de Textos).
- Ministério da Saúde (1994). *A Recuperação da Toxicodependência*. Lisboa: Centro das Taipas (Coletânea de Textos).
- Ministério da Saúde (1995a). *Serviço de prevenção e tratamento da Toxicodependência*. Lisboa: ME.
- Ministério da Saúde (1995b). *Serviço de prevenção e tratamento da Toxicodependência*. Lisboa: MS.

- Ministério da Saúde (1997). *Serviço de prevenção e tratamento da Toxicodependência*. Lisboa: MS.
- Ministério da Saúde (1997). *Serviço de prevenção e tratamento da Toxicodependência*. Lisboa: MS.
- Ministério da Educação. Programa de Promoção para a Saúde (1998). *Relatórios de Avaliação externa: Projeto Viva a Escola 1990/1994*. Lisboa: ME.
- Ministério da Educação, 2000 CCPES, Comissão de Coordenação da promoção e Educação para a Saúde.
- Ministério da Educação, PES200, Promoção em Meio Escolar, nº3.
- Ministério da Educação, PES200, Promoção em Meio Escolar, nº5.
- Ministério da Educação (2000). *CCPES, Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde*. Lisboa: ME/MS.
- Ministério da Educação e Ministério da Saúde (2001). *O que é a saúde na escola*. Guia orientador de escolas promotoras de saúde. Lisboa: ME/MS.
- Ministério da Educação e Ministério da Saúde (2001). *Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde — A Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Nation, M., & Helflinger, C. (2006). Risk factors for serious alcohol and drug use: the role of psychosocial variables in predicting the frequency of substance use among adolescents. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32 (3), pp. 415-433.
- Navarro, F. (1995). Modelos de intervenção em saúde na educação pré-escolar e nos ensinos básicos e secundário. In *A Educação para a Saúde. Papel da Educação Física na promoção de estilos de vida saudáveis: Simpósio*. Lisboa: Programa de Promoção e Educação para a Saúde.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (1998). *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (1999). *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2000). *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Palmqvist R. & Santavirta N. (2006). What friends are for: the relationship between body image, substance use, and peer influence among Finnish adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, pp. 203-217.

- Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C. (1999). The transtheoretical approach. Em Miller, W.; Hester, N. (Orgs.). *Treating addictive behavior: processes of changes* (pp. 3-27). New York: Plenum Press.
- Roberts, B., Kuncel, N., Shiner, R., Caspi, A., & Goldberg, L. (2007). The power of personality: The comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. *Perspectives on Psychological Science*, 2(4), pp. 313–345.
- Rodrigo, M., Maiquez, M., Garcia, M., Mendonza, R., Rubio, A., Martinez, A., & Martin, J. (2004). Relaciones padre-hijos y estilos de vida en la adolescência. *Psicothema*, 16, 2, pp. 203-210.
- Russel, N. (1996). *Manual de Educação para a Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde.
- Schlegel, R. P., d'Avernas, J. R., Zanna, M. P., DeCourville, N. H., & Manske, S. R. (1992). Problem drinking: A problem for the theory of reasoned action? *Journal of Applied Social Psychology*, 22, pp. 358-385.
- Scottish Consultative Council on the curriculum (1999). *A curriculum framework for children 3 to 5*. Retirado de <http://www.scotlandscollges.ac.uk/download-document/908-hnc-sl-scottish-executive-curriculum-framework-3-to-5>.
- Sells, C., & Blum, R. (1996). Morbidity and mortality among US adolescents: An overview of data and trends. *American Journal of Public Health*, 86(4), pp. 513-519.
- Simões, C., Matos, M. G., & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), pp. 147-164.
- Sneed, C., Morisky, D., Rotheram-Borus, M., Ebin, V. & Malotte, C. (2001). Patterns of adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use over a 6-month period. *Addictive Behaviors*, 26, pp. 415-423.
- Smalley, S.E., Wittler, R. R. & Oliverson, R. (2004). Adolescent Assessment of Cardiovascular Heart Disease Risk Factor Attitudes and Habits. *Journal of Adolescent Health*, 35, pp. 374-379.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. (1995). *Social Psychology and Health*. Buckingham: Open University Press.
- Tedesco, J. (2000). *Educar en la Sociedad del Conocimiento*. Fondo de Cultura Económica. Retirado de http://www.innovemosdoc.cl/nuevas_tecnologias/bibliografia/educar_sociedad.pdf
- WHO (2000). *Health and Health Behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children: A WHO Cross-National Study (HBSC) International Report*. Geneva: WHO.
- WHO (2005). *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*. Denmark: WHO.

- Wiesner, M. & Ittel, A. (2002). Relations of pubertal timing and depressive symptoms to substance use in adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 22, pp. 5-23.
- Yanovitzku, I. (2006). Sensation Seeking and Alcohol Use by College Students: Examining Multipli Pathways of Effects. *Journal of Health Communication*, 11, pp. 269-280.

12. ANEXOS

Questionário aplicado aos alunos

1. Que idade é que tens?

2. Qual o teu género?

Masculino	Feminino

3. Como é que ocupas o teu tempo livre?

4. És fumador?

Sim	Não

5. Já alguma vez experimentaste algum tipo de droga (ecstasy, haxixe, heroína, etc)?

Sim	Não

6. Se sim, gostaste?

Sim	Não

7. Consomes droga com regularidade (ecstasy, haxixe, heroína, etc)?

Sim	Não

8. O que farias a um amigo que estivesse a iniciar-se no consumo de drogas?

9. Que razão darias a um toxicodependente para que ele deixasse a droga?

Questionário aplicado aos alunos na atividade em cabanas de Tavira
“Antes”

1. Na tua opinião, anuncia 5 razões que podem levar as pessoas a envolver-se na droga. Enuncia-as por ordem de importância, ou seja da mais importante para a menos importante.

1ª Opção

1. Desinteresse escolar	
2. Perda de um ente querido	
3. Influências/Amigos/Companhias	
4. Problemas familiares	
5. Curiosidade	
6. Procura de independência	
7. Falta de informação	
8. Por opção própria	
9. Problemas conjugais	
10. Inconsciência	

2ª Opção

1. Dificuldades de adaptação ao meio	
2. Dificuldades económicas	
3. Influências/Amigos/Companhias	
4. Problemas familiares	
5. Curiosidade	
6. Local de residência	
7. Solidão	
8. Por opção própria	
9. Problemas conjugais	
10. Ganância	

3ª Opção

1. Educação	
2. Dificuldades económicas	
3. Influências/Amigos/Companhias	
4. Problemas familiares	
5. Curiosidade	
6. Local de residência	
7. Falta de informação	
8. Solidão	
9. Afirmação social	
10. Falta de apoio e compreensão	

4ª Opção

1. Educação	
2. Dificuldades económicas	
3. Influências/Amigos/Companhias	
4. Problemas familiares	
5. Curiosidade	
6. Local de residência	
7. Falta de informação	
8. Solidão	
9. Problemas conjugais	
10. Inconsciência	

5ª Opção

1. Educação	
2. Dificuldades económicas	
3. Influências/Amigos/Companhias	
4. Problemas familiares	
5. Curiosidade	
6. Local de residência	
7. Falta de informação	

8. Solidão	
9. Problemas conjugais	
10. Inconsciência	

2. Na tua opinião, anuncia 5 razões que podem levar as pessoas a não se envolverem na droga. Enuncia-as por ordem de importância, ou seja da mais importante para a menos importante.

1ª Opção

1. Apoio familiar	
2. Informação	
3. Valor à vida	
4. Filhos/crianças	
5. Problemas de saúde	
6. Morte	
7. Amigos	
8. Planos para o futuro	
9. Consequências	
10. Namorada(o)	

2ª Opção

1. Dependências	
2. Consequências	
3. Realidade	
4. Informação	
5. Ocupação dos tempos livres	
6. Determinação	
7. Não gostar	
8. Família	
9. Saúde	
10. Namorada(o)	

3ª Opção

1. Cria dificuldades financeiras	
2. Desporto	
3. Educação que teve	
4. Consequências	
5. Família	
6. Ocupação de tempos livres	
7. Valor à vida	
8. Determinação	
9. Informação	
10. Matrimónio	
11. Trabalho	
12. Degradação	
13. Saúde	
14. Amigos	

4ª Opção

1. Desporto	
2. Educação que teve	
3. Consequências	
4. Família	
5. Determinação	
6. Valor à vida	
7. Informação	
8. Trabalho	
9. Saúde	
10. Amigos	
11. Ter uma situação financeira estável	
12. Higiene	
13. Motivos financeiros	

5ª Opção

1. Desporto	
2. Família	
3. Determinação	
4. Informação	
5. Saúde	
6. Amigos	
7. Ocupação de tempos livres	
8. Trabalho	
9. Motivos financeiros	
10. Realidade	
11. Planos para o futuro	
12. Degradação	

Questionário aplicado aos alunos na atividade em cabanas de Tavira
“Após”

1. Na tua opinião, anuncia 5 razões que podem levar as pessoas a envolver-se na droga. Enuncia-as por ordem de importância, ou seja da mais importante para a menos importante

1ª Opção

1. Influências dos amigos	
2. Problemas familiares	
3. Curiosidade	
4. Opção própria	
5. falta de informação	
6. Desinteresse escolar	
7. Falta de ocupação de tempos livres	
8. Falta de apoio e compreensão	
9. Problemas conjugais	
10. Local de residência	
11. Dificuldade económicas	
12. Namorada(o)	

2ª Opção

1. Influências dos amigos	
2. Problemas familiares	
3. Curiosidade	
4. Opção própria	
5. falta de informação	
6. Desinteresse escolar	
7. Falta de ocupação de tempos livres	
8. Falta de apoio e compreensão	
9. Problemas conjugais	
10. Local de residência	
11. Dificuldade económicas	
12. Namorada(o)	

3ª Opção

1. Influências dos amigos	
2. Problemas familiares	
3. Curiosidade	
4. Opção própria	
5. falta de informação	
6. Desinteresse escolar	
7. Falta de ocupação de tempos livres	
8. Falta de apoio e compreensão	
9. Problemas conjugais	
10. Local de residência	
11. Dificuldade económicas	
12. Namorada(o)	

4ª Opção

1. Fuga para a realidade	
2. Dificuldades económicas	
3. Influências/Amigos/Companhias	
4. Curiosidade	
5. Local de residência	
6. Falta de informação	
7. Solidão	
8. Falta de ocupação de tempos livres	
9. Procura de independência	
10. Mostrar maturidade	
11. Por opção própria	
12. Ganância	

5ª Opção

1. Desinteresse escolar	
2. Problemas de saúde	
3. Influências/Amigos/Companhias	
4. Curiosidade	
5. Local de residência	
6. Falta de informação	
7. Solidão	
8. Falta de ocupação de tempos livres	
9. Procura de independência	
10. Mostrar maturidade	
11. Por opção própria	
12. Ganância	

2. Na tua opinião, anuncia 5 razões que podem levar as pessoas a não se envolverem na droga. Enuncia-as por ordem de importância, ou seja da mais importante para a menos importante.

1ª Opção

1. Apoio familiar	
2. Informação	
3. Valor à vida	
4. Consciência	
5. Problemas de saúde	
6. Determinação	
7. Amigos	
8. Planos para o futuro	
9. Problemas educativos	
10. Trabalho	

2ª Opção

1. Apoio familiar	
2. Informação	
3. Valor à vida	
4. Consciência	
5. Problemas de saúde	
6. Determinação	
7. Amigos	
8. Planos para o futuro	
9. Programas educativos	
10. Trabalho	

3ª Opção

1. Apoio familiar	
2. Informação	
3. Valor à vida	
4. Consciência	
5. Problemas de saúde	
6. Determinação	
7. Amigos	
8. Planos para o futuro	
9. Programas educativos	
10. Trabalho	

4ª Opção

1. Apoio familiar	
2. Informação	
3. Valor à vida	
4. Consciência	
5. Problemas de saúde	
6. Determinação	
7. Amigos	
8. Planos para o futuro	
9. Programas educativos	
10. Trabalho	

5ª Opção

1. Apoio familiar	
2. Informação	
3. Valor à vida	
4. Consciência	
5. Problemas de saúde	
6. Determinação	
7. Amigos	
8. Planos para o futuro	
9. Programas educativos	
10. Trabalho	